FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1913

THÈSE

N° 245

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Henri CAUFMENT

Né à Saulnes (Meurthe-et-Moselle), le 7 juillet 1887

L'ANURIE

DANS LE

CANCER DE L'UTÉRUS

(SES FORMES CLINIQUES — SON TRAITEMENT)

Président : M. P. DELBET, *Professeur*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & Cie, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VIe)

1913

245

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1913 — THÈSE — N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Henri CAUFMENT
Né à Saulnes (Meurthe-et-Moselle), le 7 juillet 1887

L'ANURIE

DANS LE

CANCER DE L'UTÉRUS

(SES FORMES CLINIQUES — SON TRAITEMENT)

Président : M. P. DELBET, *Professeur*

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & Cie, Éditeurs
15, Rue Racine (VIe)
1913

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL TEISSIER
Pathologie chirurgicale	LEJARS
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	MARFAN
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	DEBOVE LANDOUZY GILBERT CHAUFFARD
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE
Clinique chirurgicale	DELBET QUENU RECLUS
Clinique ophtalmologique	N. DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU BAR
Clinique d'accouchements	PINARD RIBEMONT-DESSAIGNE
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BALTHAZARD	DUVAL (P.)	LEQUEUX	RATHERY
BERNARD	GOUGEROT	LERI	RETTERER
BRANCA	GREGOIRE	LOEPER	RICHAUD
BRINDEAU	GUENIOT	MACAIGNE	ROUSSY
BROCA (A.)	GUILLAIN	MAILLARD	ROUVIERE
BRUMPT	JEANNIN	MORESTIN	SCHWARTZ
CAMUS	JOUSSET (A.)	MULON	SICARD
CARNOT	LABBE (M.)	NICLOUX	TERRIEN
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	TIFFENEAU
CHEVASSU	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	ZIMMERN
CLAUDE	LECENE	OMBREDANNE	
COUVELAIRE	LENORMANT	PROUST	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR PIERRE DELBET

Chirurgien à l'hôpital Necker

Officier de la Légion d'honneur

A MONSIEUR LE DOCTEUR HIRTZ

Médecin de l'hôpital Necker

A MONSIEUR LE DOCTEUR BEAUFUMÉ

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

L'ANURIE

DANS LE

CANCER DE L'UTÉRUS

(Ses Formes cliniques – Son Traitement)

HISTORIQUE

Les premiers observateurs qui ont constaté l'anurie, en tant que complication du cancer de l'utérus, ont surtout été frappés par les lésions anatomiques qui la déterminaient.

En 1760, Jean-Louis Petit signale des altérations rénales.

Joseph Lieutaud en 1767 fait l'autopsie d'une malade anurique et constate la compression des uretères par la masse utérine néoplasiée.

Giuseppe Nessi, dans un mémoire à l'Université de Pavie, ébauche à grands traits les principaux symptômes de cette complication.

Trois observations de Dauce, en date de 1829, décrivent l'oblitération des uretères dans le cancer de l'utérus et insistent sur l'action mécanique de cette obstruction dans la production de l'anurie. Dauce fait mention des vomissements et démontre

que les lésions rénales peuvent être la conséquence de l'anurie.

Au point de vue clinique, la première description qui en a été donnée date de 1860. Elle est due à Aran qui en avait établi les principaux éléments de diagnostic (*Gazette des hôpitaux*, 1860).

L'anurie compliquant le cancer de l'utérus fait le sujet de plusieurs observations, l'une rapportée par Gauchet, une deuxième par Tournié.

Fournier dans sa thèse d'agrégation (1863) mentionne 2 cas d'anurie consécutifs à l'oblitération des uretères.

Liouville fait d'un cas du même genre l'objet d'une communication à la Société anatomique de Paris.

Les thèses de Chaumont (Paris, 1874), de Boudin (1876), signalent des cas semblables.

Debove et Dreyfous, en 1879, observent un cas de cancer de l'utérus, dont l'anurie, survenue d'emblée, a été la première manifestation de la maladie.

La remarquable thèse de Merklen sur l'anurie (1881) fait une place importante aux cancers pelviens et tout particulièrement aux cancers de l'utérus parmi les causes déterminantes de ce symptôme.

Féré et Caron, dans un article paru dans *le Progrès médical* de 1883, font une bonne étude de l'anurie.

A partir de 1889, les auteurs se sont attachés à montrer que l'anurie, due au cancer de l'utérus, comportait un traitement d'ordre chirurgical.

Les interventions ont surtout été préconisées par les travaux publiés en France.

On ne relève, à l'étranger, que des observations peu nombreuses se rapportant à cette question.

L'urétérostomie a été dès l'abord l'intervention de choix.

Le Dentu en rapporte un cas au Congrès français de Chirurgie en 1889. Par la suite, Jaboulay, dans deux cas, a pratiqué l'urétérostomie.

Puis l'urétérostomie a été abandonnée en faveur de la néphrostomie. Picqué, Jayle et Labbé, Jayle et Desfosses, Chavannaz, Legueu l'ont utilisée chez des malades dont le cancer de l'utérus était la cause de l'anurie.

ÉTIOLOGIE. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE PATHOGÉNIE

L'anurie produite par la compression des uretères est une complication fréquente du cancer de l'utérus. Charcot admettait que c'était la cause de la mort chez la moitié des femmes atteintes de cette affection hospitalisées à la Salpêtrière. Féré et Caron, sur 51 observations recueillies dans cet hospice en 1881, 1882, 1883, rapportent 21 cas de dilatations bilatérales et 19 cas de dilatations unilatérales des uretères consécutifs à la compression.

Sœxinger, cité par Rosenstein, constate que sur 62 cas de mort à la suite de cancer de l'utérus observés à la clinique de Seyfert à Prague, dans 28 de ces cas on trouve de la dilatation des uretères occasionnée par la compression.

Ebstein, à Breslau, a remarqué que la majorité des femmes atteintes de carcinomes de l'utérus succombaient, dans la proportion de 42 sur 49, à l'urémie, soit lente, soit brusque. Léopold va même jusqu'à prétendre que les lésions urétéro-rénales sont constantes dans l'affection qui nous occupe.

L'anurie ne se rencontre pour ainsi dire pas dans le

cancer du corps de l'utérus, mais presqu'uniquement dans le cancer du col et surtout dans les cancers nés aux dépens du museau de tanche qui ont tendance à se propager au vagin et aux tissus voisins.

L'anatomie nous en indique les raisons. Les uretères sont en effet en rapport avec les parties latérales du col de l'utérus. Ils traversent obliquement les parois de la vessie et se terminent à l'intérieur de la cavité vésicale au point où habituellement se font les propagations secondaires du néoplasme.

L'anurie est ordinairement déterminée par la compression des uretères. Certains auteurs ont rapporté des cas d'envahissement des uretères eux-mêmes et d'oblitération de leur lumière par les proliférations néoplasiques. Mais ces cas sont extrêmement rares, si toutefois ils existent. Aussi, doit-on tenir comme suspects ceux qui ont été rapportés jusqu'ici, l'examen histologique n'ayant jamais été pratiqué en de telles circonstances.

La compression des uretères peut être réalisée de différentes façons : soit par le cancer lui-même, soit par le tissu cellulaire péri-utérin infiltré, soit par les parois vésicales envahies par le néoplasme. Ce sont là les causes les plus fréquentes. Mais la compression de l'uretère peut être due aussi aux groupes ganglionnaires avec lesquels il affecte des rapports sur tout sont trajet. Dans le segment inférieur, ces rapports sont assez éloignés, mais au détroit supérieur ils sont beaucoup plus importants. A droite, l'uretère passe sur l'artère iliaque interne ; à gauche, il repose

sur la bifurcation de l'artère iliaque primitive, et son bord interne à droite comme à gauche est flanqué des ganglions du groupe iliaque.

A la région lombaire, la chaîne ganglionnaire aortique suit une direction parallèle à l'uretère et ne le quitte qu'à la hauteur de la troisième vertèbre lombaire pour obliquer en dedans.

Au milieu du hile rénal, l'uretère est flanqué des ganglions rénaux et pyélitiques.

On comprend facilement que les ganglions envahis par le néoplasme, et souvent assez précocement, puissent comprimer l'uretère au point d'en amener l'oblitération. Mais, en général, à côté de cette cause d'oblitération on trouve en même temps une compression, soit par le carcinome lui-même, soit par les tuniques de la vessie infiltrées.

Féré rapporte (obs. VII) un cas d'oblitération de ce genre par plusieurs ganglions volumineux contenus dans l'épaisseur de la partie inférieure des ligaments larges.

La compression qui détermine l'oblitération des uretères est habituellement unilatérale, mais peut quelquefois être bilatérale. Le plus souvent elle est incomplète, mais dans quelques cas elle paraît complète. Ordinairement, en effet, il est possible de faire passer un stylet, soit de la vessie dans l'uretère, soit de l'uretère dans la vessie. Quelquefois la lumière est à ce point rétrécie, que l'on parvient à peine à faire pénétrer un crin de cheval, parfois même cette manœuvre est absolument impos-

sible sans que pour cela la lumière soit histologiquement supprimée; il suffira souvent de supprimer par la section les brides fibreuses qui tiraillent les parois urétérales (obs. XXVII) pour supprimer l'oblitération.

La compression siège au niveau de la portion vésicale de l'uretère quand la vessie elle-même est envahie et le plus souvent dans la portion vaginale, dans la partie du conduit en rapport avec le cul-de-sac antérieur du vagin.

Les uretères sont habituellement dilatés et très augmentés de volume, au point de présenter le diamètre d'un index, d'un pouce et même comme il il est rapporté dans les observations VI et XX, par exemple, ils atteignent le diamètre d'un intestin grêle. Les parois sont lisses, amincies, transparentes, mais elles peuvent cependant être épaissies et lardacées, si elles sont envahies par le néoplasme. Au delà de l'obstacle, les uretères sont uniformément dilatés, mais il arrive qu'ils présentent l'aspect d'un chapelet et qu'ils soient enroulés en spirale, comme il est relaté dans l'observation XI.

Les bassinets et les calices sont eux-mêmes dilatés et distendus dans presque toutes les observations publiées. Le liquide contenu dans cette poche hydronéphrotique est clair et jaunâtre et présente tous les caractères de l'urine. La densité de cette urine est inférieure à la densité normale. Le taux de l'urée est abaissé dans des proportions notables, il n'est, par exemple, dans l'observation VI, que de 3 gr. 85

par litre. Les autres éléments dissous de l'urine sont à peu près normaux.

Cette urine peut être albumineuse comme dans l'observation que nous venons de citer où l'albuminurie est considérable, atteignant, en effet, 7 gr. 60 par litre.

Certains auteurs ont signalé des urines troubles et purulentes renfermant des hématies, des globules de pus, des cellules épithéliales des tubuli renaux.

L'hydronéphrose, tout au début de l'oblitération, peut manquer.

Cette dernière retentit rapidement sur les reins et il est de règle que ceux-ci soient pâles, petits et atrophiés, surtout dans leur substance corticale. Quelquefois le rein dont dépend l'uretère oblitéré est atrophié, tandis que le rein du côté opposé par un phénomène de compensation s'hypertrophie, et cette augmentation de volume est parfois considérable.

A la coupe, on constate que le rein, dans certains cas, est transformé en une véritable poche bordée de substance corticale, la substance médullaire ayant complètement disparu. Dans d'autres cas, il est formé de kystes multiples, à parois minces, et il ne reste alors que très peu de tissu rénal décoloré.

L'urine contenue dans ces reins kystiques est, au point de vue chimique, identique à celle que nous avons trouvée précédemment dans l'hydronéphrose ; la diminution de sa teneur en urée étant le fait important. S'il survient des infections secondaires, cette urine peut devenir purulente.

Microscopiquement, on constate des lésions de néphrite scléreuse, du tissu conjonctif de néoformation enserre chaque tube. Les cellules des tubuli sont granuleuses, désagrégées, se colorent mal, et certaines renferment des cylindres colloïdes. Les glomérules sont peu touchés. En un mot, on trouve en général des lésions de néphrite atrophiante.

Divers mécanismes peuvent être invoqués pour expliquer l'anurie. Certains auteurs pensent que les orifices des uretères sont obstrués dans la vessie par des végétations néoplasiques; d'autres veulent voir dans le tiraillement des parois vésicales par la masse squirrheuse une cause fréquente d'anurie; d'autres enfin invoquent l'oblitération complète des uretères. Mais si les lésions rénales et uretérales constatées expliquent bien l'oligurie, elles n'expliquent pas du tout l'anurie.

La pathogénie de l'anurie calculeuse peut fort bien s'appliquer à l'anurie cancéreuse. L'origine réflexe, soutenue par Albarran et Guyon notamment, a été combattue par Legueu qui admet, lui, une origine mécanique. Jamais on ne constate à l'autopsie d'oblitération totale des uretères; mais il se peut très bien que sur le vivant, comme le pense Éliot, les lésions congestives de la muqueuse achèvent l'oblitération incomplète par compression. Il se peut aussi que la pression devenant insuffisante pour vaincre l'obstacle, retentisse sur le rein du côté opposé au point d'en arrêter la sécrétion, et ceci d'autant plus facilement que ce dernier est toujours lésé à un

degré variable. Il y a cependant des cas qui ne rentrent pas dans le cadre de cette interprétation pathogénique, et c'est alors qu'on a recours à l'origine réflexe pour expliquer l'anurie, comme par exemple dans les formes à rémission, ou dans les cas où, après la néphrostomie, le rein non opéré reprend ses fonctions.

SYMPTOMATOLOGIE

L'anurie, d'après son mode d'apparition, s'accompagne, est précédée ou suivie de symptômes d'urémie, qui offrent certaines particularités. Les symptômes les plus fréquents sont les troubles gastro-intestinaux, observés dans plus de la moitié des cas, et les troubles nerveux qui ne manquent qu'exceptionnellement.

Troubles gastro-intestinaux. — La malade au début ne présente souvent que du dégoût pour certains aliments et quelques nausées. L'appétit diminue progressivement, jusqu'à arriver à l'anorexie absolue. Puis apparaissent les vomissements, qui sont d'abord intermittents, puis se rapprochent de plus en plus, jusqu'à survenir à chaque ingestion d'aliments. Quelquefois ils ne se produisent qu'à l'ingestion d'aliments solides, mais les aliments liquides conservés pendant un certain temps sont bientôt rejetés eux aussi.

Les vomissements, alimentaires au début, deviennent par la suite aqueux, quelquefois bilieux ou porracés. Dans certains cas, les matières rejetées contiennent de l'urée en quantité assez notable. La

conséquence fatale de cet état est l'amaigrissement, qui sera, dans certains cas, extrêmement rapide.

Quand il existe des troubles intestinaux, le ventre est tendu et douloureux. Dans quelques rares cas, la constipation est opiniâtre, ou elle alterne avec des débâcles diarrhéiques. Mais le plus souvent, c'est la diarrhée qui attire l'attention, une diarrhée abondante, continuelle, séreuse, précédée quelquefois de selles fétides. Ces selles diarrhéiques peuvent renfermer de l'urée.

La langue est normale, un peu sèche. Les gencives et les lèvres sont souvent altérées.

Les troubles gastro-intestinaux apparaissent précocement et persistent jusqu'à la mort. Dans d'autres cas, ils font suite aux troubles nerveux qui ont marqué le début de l'intoxication.

Troubles nerveux. — Comme nous l'avons dit plus haut, les troubles nerveux se rencontrent très souvent ; ils sont quelquefois les symptômes révélateurs de l'urémie.

Les malades ne présentent parfois au début qu'un peu de dépression, d'adynamie. Puis apparaît une sorte de stupeur ou de torpeur. Les troubles intellectuels peuvent être absents. Les malades conservent leur connaissance jusqu'à la fin, mais ils sont parfois insouciants, indifférents à tout ce qui les entoure ; ils ont comme une sensation de faiblesse et sont dans un état de somnolence dont on ne peut les tirer. Ils répondent à peine aux questions qu'on leur pose.

L'insomnie et l'agitation pendant la nuit sont au contraire rares.

Les soubresauts des muscles se rencontrent dans quelques cas. Quant aux convulsions et aux crises épileptiformes, elles sont très rares. Elles sont signalées dans quelques observations (obs. VII et VIII), où elles sont passagères ; dans un cas, elles se répètent jusqu'a quatre et cinq fois dans la journée et reparaissent même deux fois dans la nuit. Ces crises convulsives paraissent quelquefois en dehors de l'état d'anurie, mais c'est que la malade est alors dans un état grave d'intoxication.

Le délire observé dans 1/6 des cas est ordinairement tranquille, apyrétique. Les malades parlent seules, sont un peu agitées, mais n'essaient pas cependant de quitter leur lit et ne poussent aucun cri.

Les pupilles sont dilatées, en même temps qu'insensibles à la lumière. Mais nous notons cependant deux cas de myosis.

Comme chez tous les urémiques, ordinairement au début et pouvant persister pendant toute la durée de la période d'intoxication, la céphalée apparaît ; quelquefois cependant ce n'est qu'une lourdeur de tête.

Le coma marque la fin, il apparaît à la période ultime. Mais, dans certains cas, on a pu voir des malades reprendre connaissance après un coma assez prolongé, les urines ayant passagèrement reparu.

Température. — L'anurie s'accompagne presque toujours d'abaissement de la température. Celle-ci peut, pendant quelque temps, rester aux environs de 37 degrés, puis baisser progressivement jusqu'à 36°5, 36 degrés et même 35°4 comme nous le constatons dans une observation.

Les malades, malgré l'abaissement de la température, ont quelquefois une sensation de chaleur, par exemple, la malade de Debove et Dreyfous.

Cependant, dans certains cas, la température s'élève au-dessus de la normale ; elle atteint parfois dans les jours qui précèdent la mort 39°5, 40 degrés et même davantage. Mais elle peut osciller autour de de 38 degrés. Dans ces derniers cas, l'élévation de température est souvent due à l'infection secondaire des voies urinaires.

Troubles circulatoires. — Ils sont observés dans plus de la moitié des cas d'urémie consécutive au cancer de l'utérus.

Le pouls est modifié dans 1/5 des cas environ ; tantôt il est fort, vibrant, rapide, tantôt, au contraire, très lent. On a signalé des épistaxis, de la cyanose de la face, des bourdonnements d'oreille.

Mais le signe qui manque rarement, c'est l'œdème : œdème quelquefois très léger, localisé aux malléoles, d'autres fois plus intense, envahissant tous les membres inférieurs, l'abdomen, la face, les mains. On peut observer à l'état isolé une simple bouffissure de la face, ou encore un peu d'œdème des paupières.

Dans une observation, nous trouvons aussi signalé de l'œdème des petites lèvres associé à de l'œdème des membres inférieurs.

Cet œdème est quelquefois tenace ; au contraire, parfois il disparaît facilement aussitôt que cesse l'anurie absolue. Le cœur lui-même est souvent touché. On trouve quelquefois des bruits un peu claqués traduisant l'hypertension artérielle.

Troubles respiratoires. — Les malades éprouvent de la gêne respiratoire et souffrent même d'une véritable dyspnée. La respiration est ordinairement faible ; elle peut être bruyante et sifflante ou stertoreuse. Dans quelques cas on signale du hoquet. Quelques observateurs rapportent de la congestion pulmonaire.

Un symptôme qui n'est pas rare et qui est toujours très remarqué, c'est la fétidité de l'haleine, qui présente une odeur urineuse, ou offre, comme le disait la malade de Tournié, une odeur de poisson pourri.

Ces symptômes traduisant l'état urémique s'associent de diverses façons, mais nous le disions au début de ce chapitre, les symptômes gastro-intestinaux sont ceux qui attirent le plus fréquemment l'attention, les symptômes nerveux du début peuvent être discrets, ceux de la période terminale en général sont graves et sont remarqués davantage.

FORMES CLINIQUES

L'anurie dans le cancer de l'utérus présente trois modes différents d'apparition :

Tout d'abord, elle peut être la phase ultime d'une période d'oligurie, pendant laquelle la quantité d'urine émise diminue de plus en plus jusqu'à être nulle. C'est la forme la plus commune, qui s'accompagne ordinairement de tous les symptômes d'insuffisance urinaire qui s'installent, eux aussi, progressivement. Elle est ordinairement définitive et détermine la mort.

Ou bien elle peut s'établir d'emblée chez une femme n'ayant présenté jusque-là que des troubles génitaux : métrorragies, leucorrhée, écoulement purulent à odeur caractéristique du cancer de l'utérus.

Ou encore elle peut apparaître d'emblée chez une femme n'ayant jamais présenté de troubles génitaux. C'est le symptôme révélateur d'un cancer de l'utérus, qui ne s'est jamais manifesté par aucun signe.

La première forme, comme nous l'avons dit, n'offre pas de rémission ou n'en offre que très exceptionnellement. Mais dans les formes suivantes, on peut voir

réapparaître les mictions. Dans les premiers cas, celles-ci seront intermittentes, passagères; dans d'autres cas, les urines reparaîtront pendant une longue période. Cette anurie ne sera donc pas définitive, elle présentera des rémissions, soit passagères, soit prolongées.

Enfin, l'anurie peut présenter une forme particulière quant à la durée. Elle peut, comme nous le verrons, se prolonger jusqu'à trois semaines.

Nous aurons donc les formes cliniques suivantes :

1° Anurie progressive;

2° Anurie d'emblée, chez une femme ayant présenté des signes de cancer de l'utérus;

3° Anurie d'emblée, premier signe du cancer de l'utérus ;

4° Anurie non définitive : *a*) avec retour passager des mictions ; *b*) avec rémissions prolongées ;

5° Anurie prolongée.

Nous allons successivement étudier ces formes.

1° *Anurie progressive.* — Sur 35 observations, 18 se rapportent à cette forme d'anurie. C'est donc la forme la plus fréquente, celle que l'on observe comme phase terminale la plus habituelle des malades atteintes de cancer de l'utérus.

Ordinairement, une malade ayant présenté les troubles habituels dus au cancer de l'utérus : métrorragies, pertes fétides, douleurs dans le bassin, irradiées quelquefois dans les membres inférieurs ou dans la région lombaire, amaigrissement rapide,

teint jaune paille spécial aux cancéreux, s'aperçoit depuis quelque temps que la quantité d'urine qu'elle émet diminue de plus en plus, tombe à 200, 100 centimètres cubes, puis quelques jours après à quelques centimètres cubes seulement et qu'enfin la sécrétion cesse complètement, que les mictions sont totalement supprimées.

L'anurie est alors absolue. Elle peut s'installer sans autres signes urinaires ; quelquefois, cependant, il y a fréquence exagérée des mictions et douleur à la miction (obs. XII et XIII). La période d'oligurie peut être précédée d'une période de polyurie (obs. IX), qui prouve la déchéance prochaine du rein.

Si l'on analyse les urines à la période oligurique, on trouve fréquemment de l'albumine ; le taux de l'urée est diminué.

D'autres symptômes qui indiquent l'insuffisance de l'élimination apparaissent ordinairement au fur et à mesure que l'oligurie fait des progrès.

Quelquefois ce sont des œdèmes : œdème des membres inférieurs léger, disparaissant par le repos, ou œdème s'étendant à l'abdomen, au thorax, aux mains, ou œdème des paupières ; ce peut être encore de la bouffissure de la face. D'autres fois, ce seront les signes gastro-intestinaux, que nous avons déjà signalés, qui seront les premiers en date : appétit diminué, dégoût pour la viande (obs. II), nausées, vomissements alimentaires, aqueux, bilieux ; de la diarrhée abondante, fétide, (obs. I) ; ou enfin ce sera le système nerveux qui sera le premier atteint

par l'intoxication et on aura alors un des singes que nous avons énumérés précédemment : hébétude, torpeur (obs. V), délire de paroles, état comateux (obs. III), céphalalgie (obs. VII).

Tous les symptômes que l'on peut rencontrer dans l'urémie peuvent être observés associés sous des formes très diverses, mais ceux qui domineront toujours la scène seront les symptômes gastro-intestinaux et les symptômes nerveux.

L'anurie progressive est, on peut dire, toujours définitive. Sur les 18 cas rapportés, pas une fois on ne trouve de rémission, car on ne peut considérer comme rémission cette émission d'une cuillerée à bouche d'urine après deux jours d'anurie (obs. IV).

Cette forme d'anurie se termine dans le coma qui apparaît après un temps variable de un à quinze jours (obs. VII), et qui est quelquefois précédé de convulsions épileptiformes. La malade peut, cependant jusqu'à la fin, conserver toute sa connaissance.

2° *Anurie d'emblée chez une femme ayant présenté des signes de cancer de l'utérus.* — Cette forme se rencontre presqu'aussi souvent que la précédente. Les observations XIX à XXXV, sauf les nos 27 et 28 qui entrent dans la forme suivante, en donnent des exemples très nets.

Sans phénomènes prémonitoires, sans qu'on ait noté de diminution notable des urines, sans qu'on ait observé de signes d'insuffisance rénale quelconque chez une malade atteinte de cancer de l'utérus et en

présentant les signes classiques, brusquement apparaît l'anurie.

La malade, au début, ne s'en inquiète ordinairement pas beaucoup, car son état se conserve bon ; et ce n'est ordinairement qu'après quelques jours qu'apparaissent les phénomènes d'intoxication, quelquefois précédés, comme dans l'anurie calculeuse, d'une période intermédiaire caractérisée par un peu de céphalée et quelques nausées. Ce n'est que quand elles voient qu'avec le temps les mictions ne reparaissent pas et quand elles commencent à ressentir quelques troubles que les malades se présentent à l'examen. Elles ne songent plus alors qu'à leur anurie, comme la malade de Jaboulay (obs. XXIII) à qui on ne peut arracher que ces paroles : « Je n'ai pas uriné depuis huit jours. »

Mais l'anurie d'emblée peut débuter de telle façon que c'est ce mode de début qui passe en première ligne, comme dans l'observation XX, où une femme tombe dans la rue ; la face de la malade est pâle, les membres sont en résolution complète, la respiration est bruyante, stertoreuse, le pouls lent (50 pulsations par minute) et la mort survient sans que la malade ait repris connaissance.

Il y a parfois de l'hydronéphrose dans les cas de ce genre, et les reins sont alors perceptibles à la palpation.

C'est dans cette forme que les rémissions sont les plus fréquentes ; mais quelquefois la mort survient sans que les urines aient jamais reparu. C'est dans

cette forme aussi que l'anurie peut avoir une longue durée comme nous le verrons par la suite.

Cette forme n'est précédée, sa dénomination l'indique, d'aucun signe d'insuffisance urinaire. Mais dans le cas de Poncet et Patel, un symptôme important avait déjà attiré l'attention sur le système urinaire, c'est l'hématurie, hématurie qui reparut à plusieurs reprises et qui fut attribuée par Pollosson à la congestion rénale.

3° *Anurie d'emblée, premier signe du cancer de l'utérus.* — On rencontre rarement cette forme. Nous n'en trouvons que 2 cas sur les 35 observations que nous rapportons, le cas de Debove et Dreyfous (obs. XXVII) et le cas de Legueu (obs. XXVIII). Dans la première de ces observations, la malade n'avait présenté aucun trouble attirant l'attention du côté du système génito-urinaire. Quelques douleurs vagues dans la région lombaire et dans les membres inférieurs, et c'est tout.

Tout à coup survient l'anurie. Après quelques jours, celle-ci cesse pendant une journée pour se réinstaller ensuite complète.

La température axillaire basse, l'haleine infecte, l'amaigrissement, les nausées, les vomissements bilieux, les selles fétides, glaireuses, la sensation de chaleur qui contraste avec le refroidissement (36°5), tous symptômes habituels de l'urémie apparaissent.

Le quatorzième jour de l'anurie seulement, apparaît un écoulement de sang par le vagin, qui oriente

l'examen vers l'appareil génital de cette femme, et on trouve un carcicome du col de l'utérus.

La malade avait été examinée, paraît-il, à ce point de vue à son entrée à l'hôpital, c'est-à-dire dix jours auparavant, et l'examen avait été négatif. Peut-être cet examen avait-il été insuffisant ou mal fait ; mais en tous cas ce qu'il faut retenir, c'est que le cancer de l'utérus, dont était atteinte la malade, n'a été révélé que par l'anurie qui en a été le premier symptôme.

Dans l'autre observation que l'on doit à Legueu, si rien n'avait exigé l'examen génital de la malade, du moins celle-ci présentait-elle quelques troubles qui avaient nécessité un examen médical. Le teint jaune, la décoloration des conjonctives, les signes cardio-pulmonaires avaient été attribués à la chlorose, et c'est pour cette affection que la malade était traitée.

Brusquement surviennent des convulsions toniques et cloniques. L'anurie est complète. M. Legueu, en voyant la malade, pense de suite qu'il doit s'agir d'un cancer, et le toucher vaginal fait sentir un cancer de l'utérus chez cette femme qui n'a jamais présenté de douleurs pelviennes, ni de pertes sanguines.

Ces faits nous montrent qu'il y a des cas de cancer de l'utérus qui restent latents et qu'on ne peut les dépister qu'en pratiquant un examen complet des malades.

4° *Anurie non définitive :* a) *avec retour passager des mictions;* b) *avec rémissions prolongées ; anurie à répétition.* — Le retour passager des mictions au

cours de l'anurie cancéreuse est un fait banal et d'observation courante. Après quelques jours d'anurie absolue, la malade rend une petite quantité d'urine,soit par miction volontaire, soit par incontinence ; cette émission d'urine peut demeurer unique, ou se répéter plusieurs fois dans la journée, ou même persister plusieurs jours, mais fatalement (obs. XXVIII et XXXI), peu de temps après l'anurie réapparaît, et cette fois définitive ordinairement, mais non toujours cependant.

Dans le cas de Debove et Dreyfous (obs.XXVII),la durée de rémission est déjà plus longue ; la malade urine pendant un jour, après quatre jours d'anurie, puis vient une période de dix-sept jours d'anurie. La malade urine de nouveau pendant sept jours et la mort survient. C'est un cas intermédiaire aux précédents et à ceux qui nous intéressent surtout, ce sont les formes d'anurie qui présentent des rémissions d'une durée relativement considérable.

Roberts (obs. XXXII) rapporte un cas où l'anurie cesse après sept jours et où les mictions sont rétablies pendant quatre semaines, après lesquelles la mort survient.

Mais deux cas sont tout à fait spéciaux, ce sont celui de Tournié (obs. XXXI) et celui de Hirtz et Beaufumé (obs. XXX).

Dans le premier cas, nous relevons une période d'anurie de trois jours ; les mictions se rétablissent pendant dix jours ; nouvelle période d'anurie de vingt et un jours, puis les mictions réapparaissent

pendant douze jours, et enfin la mort survient après une dernière journée d'anurie.

L'observation de Hirtz et Beaufumé est à peu près superposable à la précédente. Tout d'abord, période d'anurie de quinze jours, suivie d'une période de huit jours de rémission, puis nouvelle période de dix jours d'anurie, suivie de retour des mictions pendant vingt et un jours, les mictions persistent jusqu'à la mort qui a lieu dans le coma.

La palpation n'a jamais permis de constater d'hydronéphrose. La malade présenta des symptômes d'urémie : tressaillements et soubresauts des muscles, myosis bilatéral, crises d'éclampsie.

« Mais il est curieux, constatent MM. Hirtz et Beaufumé, de voir que des phénomènes de grande urémie, crises convulsives, délire violent, coma ne sont apparus qu'après la cessation de l'anurie et la réapparition des urines, alors qu'il était permis d'espérer que tout danger immédiat était conjuré. »

MM. Hirtz et Beaufumé tirent de ces faits les conclusions suivantes :

1° Le pronostic de l'anurie dans le cancer de l'utérus n'est pas fatal ;

2° Le pronostic de l'anurie dans le cancer de l'utérus n'est pas non plus fatal, quand l'anurie, après avoir cessé, s'est reproduite une seconde fois ;

3° Le pronostic de l'anurie du cancer de l'utérus même compliqué de grande urémie convulsive, délirante ou comateuse, n'est pas non plus fatal.

4° *Anurie prolongée.* — L'anurie dans quelques cas exceptionnels peut se prolonger pendant longtemps, quinze jours (obs. XI), treize jours (obs. XIII), quatorze jours (obs. XIV), dix-sept jours (obs. XXVII), et même dans le cas de Tournié (obs. XXI), l'anurie dura vingt et un jours.

Et ce qu'il y a de remarquable, c'est que dans ce dernier cas, par exemple, les mictions se rétablissent après cette longue période d'anurie pour durer douze jours encore.

Ceci nous montre que même après une longue période d'anurie, les reins peuvent reprendre leurs fonctions et que, par conséquent, dans ces cas, l'intervention peut être encore indiquée tardivement.

TRAITEMENT

Pendant longtemps, l'anurie n'attira pas l'attention des chirurgiens. « Elle semblait, comme le dit Patel, une terminaison heureuse, car elle était rapide, de maux dont ils étaient bien souvent incapables d'arrêter le développement. » La question de l'intervention fut posée pour la première fois en 1856 par Gigon d'Angoulême dans son mémoire sur l'urétérostomie, indication que cet auteur proposait comme traitement palliatif de l'anurie qui nous occupe.

C'est le Dentu qui, le 23 janvier 1889, employa cette méthode dans un cas d'anurie qui datait de sept jours. Il fit une incision oblique du flanc gauche qui mit à nu l'uretère dans la fosse iliaque jusqu'au point où se croisent les vaisseaux utéro-ovariens. L'uretère, dont le diamètre atteignait presqu'un centimètre, apparut dilaté au fond de la plaie. Il fut sectionné, et le tronçon supérieur, ayant été amené vers l'angle supérieur de la plaie, fut suturé à la peau. Un tube de caoutchouc engagé dans l'uretère amène l'urine dans un urinal, et on peut ainsi se rendre compte que la sécrétion urinaire se rétablit abondamment

au bout de deux jours ; à noter que le taux de l'urée était très inférieur au taux normal. La malade succomba au bout de treize jours.

Jaboulay fit, lui aussi, deux interventions de ce genre. Dans le premier cas, la sécrétion urinaire se rétablit: l'état de la malade s'améliora immédiatement, et cependant la mort survint deux jours après l'opération. Dans le second cas, l'urine s'écoula bien par la fistule, mais l'œdème des paupières et des membres inférieurs que présentait la malade, ne diminua pas. La malade se sentait pourtant un peu mieux. Deux jours après cette première urétérostomie qui portait sur le rein gauche, Jaboulay, craignant que la sécrétion ne soit insuffisante, pratiqua une urétérostomie droite. L'urine s'écoula immédiatement ; mais le soir, la température qui était montée à 39° 5 marquait 40 degrés le lendemain. Un jour après, l'écoulement de l'urine par les fistules était tari et la mort survenait vingt-quatre heures après, cinq jours donc après la première urétérostomie.

Cette pratique ne donna par conséquent aucun résultat concluant. Elle réalisait cependant le but qu'on lui demandait, à savoir le rétablissement de la sécrétion rénale.

Bientôt, elle fut abandonnée pour la néphrostomie. En 1894, Picqué, le premier, tenta cette opération sur une malade atteinte d'anurie cancéreuse.

L'urine s'écoulait par la fistule rénale en assez grande abondance pour permettre une survie de

cent cinq jours, et jusqu'au dernier jour la fistule lombaire donna de l'urine.

La néphrostomie se renouvela assez souvent, surtout en France, après cette tentative heureuse de Picqué. Nous trouvons dans la littérature médicale onze néphrostomies avec des résultats différents, mais ordinairement heureux. Les résultats immédiats furent toujours bons et amenèrent une rétrocession des symptômes urémiques. Quant à la survie, elle fut variable:

Observation 13. — Picqué survie de 105 jours
— 15. — Jayle et Labbé — 17 —
— 14. — Jayle et Desfosses — 74 —
— 29. — Chavannaz. La malade, plus de cinq mois après la néphrostomie est encore dans un excellent état.
— 25. — Poncet et Patel survie de plus de 3 mois
— 17. — Nanu — 113 jours
— 16. — Legueu. Mort 10 jours après l'intervention.
— 26. — Legueu survie de 150 jours
— 35. — Legueu — 313 —
— 18. — Eliot. La malade vit encore plus de cinq mois après l'intervention.
— 24. — Pasteau. La malade est emmenée de l'hôpital *in extremis* par ses parents 81 jours après l'opération.

Nous voyons par ces onze observations que la néphrostomie a pu donner des résultats inespérés,

puisque Legueu a pu obtenir une survie de près d'une année. Et les résultats sont d'autant meilleurs, que l'on intervient plus précocement, alors que les lésions rénales ne sont pas encore trop considérables. « Il serait même, comme le dit Legueu, préférable de prévenir l'anurie imminente que de la traiter réalisée ; la néphrostomie gagnerait à être faite dès que la diminution de la sécrétion annonce à brève échéance l'oblitération complète de l'uretère. »

Il faudrait donc suivre de près les malades atteintes de cancer de l'utérus et dépister les premiers symptômes d'insuffisance urinaire. Pratiquée ainsi d'une façon précoce, la néphrostomie donnera toujours d'excellents résultats.

L'opération devra être rapide, et l'anesthésie réduite au minimum. L'incision sur le bord libre du rein sera d'une longueur de 4 à 5 centimètres. Une soude de Pezzer pénétrera dans le bassinet.

Sur quel rein faut-il intervenir ? Certains chirurgiens, comme Legueu, choisissent le plus douloureux, la douleur indiquant que l'organe vient d'être récemment lésé et est en état de reprendre ses fonctions. D'autres, comme Nanu, sont intervenus du côté où s'était propagée la tumeur ; d'autres, enfin, incisent le rein hypertrophié. Mais il ne faudrait pas craindre de pratiquer une néphrostomie bilatérale, si le rein incisé ne sécrétait pas suffisamment.

La néphrostomie est donc le seul traitement palliatif à employer dans un cas d'anurie produite par un

cancer de l'utérus. L'intervention doit être précoce, elle devrait même, comme l'a dit Legueu, être préventive, c'est-à-dire être pratiquée dès que la diminution de la sécrétion urinaire serait constatée.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Béhier et Lionville, *Bull. de la Soc. anat. de Paris* 1873, p. 56.)

Anurie au cours d'un néoplasme utérin

Marie L..., cinquante-cinq ans, réglée pour la première fois à douze ans, règles abondantes et régulières, ménopause à cinquante et un ans. En 1870, première perte de sang ; développement d'un cancer de l'utérus.

A son entrée à l'Hôtel-Dieu (1er janvier 1872) on note : anémie profonde ; cachexie cancéreuse, diarrhée rebelle, cancer de l'utérus. Le 2 janvier, la malade accusait une sensation pénible de refroidissement général et la température axillaire était remarquablement basse (36°8). On remarque ensuite des troubles de l'urination qui était irrégulière et peu abondante et aussi quelques désordres momentanés de l'intelligence, de l'agitation et de la dyspnée. La malade est morte dans la nuit du 12 au 13 janvier. Elle s'est éteinte lentement dans un état comateux profond qui avait été remarqué dans l'après-midi.

Pendant de longues heures, sa respiration a été bruyante

et sifflante. La malade paraissait ne plus voir ni entendre. La fonction urinaire était suspendue. On a observé un refroidissement progressif du corps très accusé, augmentant de plus en plus, à mesure que l'agonie se prononçait. Pour nous, elle parait avoir succombé avec les principaux signes du coma urémique.

Autopsie. — Nous ne relèverons que les lésions relatives aux voies urinaires. Distension énorme de la vessie par un litre environ de liquide puriforme, de couleur verdâtre avec dépôt par le repos. Les uretères sont distendus au point d'avoir presque le volume de l'intestin grêle et contiennent un liquide clair, transparent, laissant un dépôt blanchâtre au fond du vase et donnant par la chaleur et l'acide azotique un précipité très abondant d'albumine.

L'analyse chimique de ce produit, faite de M. Hœppfner, a montré la présence d'urée.

La muqueuse des uretères était altérée ; on voyait nettement à sa surface des colonnes et des anfractuosités.

Les uretères, à leur issue de la vessie, étaient comprimés par une sorte de manchon cancéreux qui avait amené une oblitération presque absolue, assez complète pour ne laisser passer qu'avec peine un crin de cheval.

Les reins sont durs, ont un aspect lardacé. Au microscope, on reconnait une désintégration granulo-graisseuse, portée quelquefois très loin et qui est due à l'étouffement des éléments comprimés.

OBSERVATION II

(*In* Aumont, thèse de Paris, 1895.)

Anurie au cours d'un néoplasme utérin

La nommée M... Augustine, âgée de cinquante-sept ans, blanchisseuse, entre, le 23 août 1889, à l'hôpital de la Pitié, salle Grisolle, n° 1, dans le service de M. le Dr Hutinel (M. Marie, remplaçant).

Pas d'antécédents héréditaires à noter. Aucune maladie dans l'enfance. Réglée à quatorze ans, toujours très bien, Ménopause à quarante-huit ans ; s'établit sans accident.

Il y a deux mois, la malade remarqua que son appétit avait beaucoup diminué ; il était très capricieux ; elle avait un dégoût très prononcé pour la viande dont la simple vue, dit-elle, lui occasionnait des vomissements. Le lait et les légumes étaient bien supportés.

Peu après, elle commença à vomir, sitôt après l'ingestion des aliments. D'abord assez éloignés, ces vomissements deviennent de plus en plus fréquents et s'accompagnent chaque fois de vives douleurs épigastiques et de tiraillements de la région lombaire. La malade n'a jamais vomi de sang, n'a jamais rendu de matières noirâtres. Pas de constipation. Miction normale.

État actuel. — A son entrée, la malade ne paraît pas très amaigrie ; les traits sont tirés, les yeux un peu caves et cerclés de noir. Pas de teinte cachectique. La malade présente surtout le facies abdominal ; la face exprime la souffrance.

La peau est sèche, le pouls est petit, mais régulier. Température normale. La malade est toujours tourmentée par ses vomissements, qui reviennent après chaque ingestion d'aliments et se font très difficilement, après de violents efforts douloureux. La constipation est opiniâtre ; elle dure huit jours. Les mictions, qui étaient régulières, se sont arrêtées complètement depuis huit jours. Une sonde introduite dans la vessie n'a même pas une goutte d'urine, ce qui rend l'examen impossible.

A l'examen de l'abdomen, on constate, par la palpation, un empâtement général ; la percussion donne plutôt de la submatité que de la sonorité. Le ventre n'est pas ballonné, il est indolent, sauf à la partie inférieure, au niveau de la vessie, où la pression révèle un peu de douleur.

Pas de tumeur apparente.

La palpation, combinée au toucher, fait constater que l'utérus est petit et immobilisé. Le col n'est pas gros, mais il est dur et bosselé. Les culs-de-sac vaginaux sont libres, les annexes normales. Le doigt ramène un liquide jaunâtre, peu épais, inodore.

Le toucher rectal fait sentir également le col utérin avec les mêmes caractères.

Le foie et la rate ont leur volume normal. Rien au cœur ni aux poumons.

En se basant sur les signes fournis par le toucher et en face d'une anurie absolue avec symptômes urémiques, on pose le diagnostic de cancer utérin avec compression des uretères.

24 août. — Nuit mauvaise ; les vomissements continuent, l'anurie persiste. On constate une légère tuméfaction des paupières.

25 et 26 août. — Même état. Dans l'intervalle des vomissements, la malade a eu du hoquet.

Les jours suivants, même état.

2 septembre. — La malade est très affaiblie, parle à peine, mais répond très bien aux questions qu'on lui pose. Les vomissements sont presque continus.

Le dégoût pour les aliments est extrême : l'anurie est complète.

Cathétérisme toujours négatif.

Le ventre est un peu sensible à la palpation.

Vers 9 heures du matin, elle se sent très faible, demande un peu de vinaigre et, avant qu'on ait eu le temps de lui porter secours, s'affaisse et meurt.

Autopsie. — Le rein droit est très volumineux ; il a subi un mouvement de bascule, de sorte que son extrémité supérieure est devenue antérieure. A la coupe, on constate qu'il est transformé en une vaste poche limitée par une mince couche de substance corticale. Le reste de la substance corticale, de même que la substance médullaire, a totalement disparu.

L'uretère droit est très volumineux et présente les dimensions d'un bon index et offre sur son trajet plusieurs inflexions.

Le rein gauche présente des altérations analogues à celles du rein droit, mais moins accentuées.

L'uretère correspondant est aussi dilaté.

Les uretères, de même que les poches développées aux dépens des reins, renferment une urine claire et transparente dont l'examen chimique donne les résultats suivants :

Densité : 1010.

Urée : 6 gr. 60 par litre.

Chlorures : 5 gr. 03 par litre.

Phosphates : 0 gr. 569 par litre.

Extrait sec : 12 gr. 50 par litre.

Ni albumine, ni sucre.

La vessie est petite, ratatinée ; sa muqueuse est plissée, mais normale. Elle ne renferme pas d'urine.

L'utérus est petit ; le col est dur, crie sous le scalpel, est le siège d'un tissu épithéliomateux, ayant contracté des adhérences avec la vessie et les uretères. La cavité du corps de l'utérus est un peu dilatée et remplie d'un liquide puriforme et jaunâtre. Aucune communication n'existe entre la cavité utérine et la cavité cervicale, cette dernière étant complètement oblitérée par le néoplasme.

OBSERVATION III

(*In* Aumont, thèse de Paris, 1875, obs. III.)

Anurie au cours d'un néoplasme utérin

Marie P..., cinquante-trois ans, entre, le 1er septembre 1887 à l'hôpital Cochin, dans le service de M. le Dr Gouraud.

La malade se plaint de douleurs dans le ventre et de perte de sang.

Réglée à treize ans, elle n'a jamais eu aucune maladie.

Elle a eu trois grossesses ; les accouchements se sont toujours bien passés.

Il y a trois ans qu'elle a cessé d'être réglée ; depuis, elle s'est bien portée jusqu'au mois de juin 1887.

A ce moment, elle commença à éprouver des douleurs dans le bas-ventre accompagnées d'un écoulement séro-sanguin. Elle fut soignée pour une métrite, mais comme elle n'éprouvait aucune amélioration, elle se décida à entrer à l'hôpital.

A son entrée, nous constatons que cette femme, malgré son amaigrissement, à un aspect général relativement bon. Le toucher vaginal dénote l'existence d'un cancer type du col de l'utérus ulcéré ayant envahi le vagin et plus particulièrement son cul-de-sac antérieur, et probablement aussi le bas-fond vésical.

Actuellement, il n'y a ni leucorrhée, ni métrorragie.

Le rectum n'est pas envahi. On ne trouve rien d'anormal en examinant les autres appareils.

Les urines sont claires, peu abondantes, sans albumine.

Pas de douleurs lombaires.

15 septembre. — Hier au soir, la malade a été prise de délire de paroles et d'un violent accès de dyspnée.

Le même état a persisté jusqu'à ce matin.

La malade est dans le décubitus dorsal, dans un état presque comateux. La respiration est fréquente, le pouls est fort, vibrant et rapide ; les extrémités inférieures sont légèrement œdématiées.

A l'auscultation, on trouve une congestion pulmonaire étendue aux deux côtés de la poitrine ; le cœur ne laisse entendre aucun bruit anormal, mais les claquements valvulaires sont rapides et forts.

La pression au niveau des reins réveille des deux côtés une sensibilité qui touche à la douleur. La malade n'a pas

uriné depuis la veille; la sonde ramène 100 grammes d'une urine sanguinolente. Pas trace d'albumine.

Le soir, ce même état comateux a persisté depuis le matin; le malade n'a pas uriné et le cathétérisme ne donne que quelques grammes d'urine sans traces d'albumine. La température est normale: 37 degrés. A 9 heures, la malade meurt.

Autopsie. — Cancer de l'utérus ayant débuté par le col et envahi le segment inférieur du corps, le vagin, la vessie, mais non le rectum. Les uretères sont comprimés par la masse cancéreuse qui unit les restes de l'utérus à la vessie. Ils sont très dilatés, le gauche plus que le droit, leur diamètre s'élève jusqu'à 1 centimètre environ et plus; ils sont distendus par de l'urine, ce qui les fait nettement reconnaître sous le péritoine.

Un stylet introduit de la vessie dans les uretères arrive avec peine et à travers un canal rétréci, dans la cavité de l'uretère, sans produire aucune déchirure, aucun traumatisme. Les bassinets sont aussi dilatés et distendus par l'urine non purulente.

Les deux reins ont un peu augmenté de volume; ils présentent des traces évidentes de néphrite. L'examen histologique n'est pas fait.

Les poumons sont congestionnés; le cœur ne présente aucune altération et son volume est normal. Muqueuses intestinales et gastriques normales. Pancréas sain. Rate normale.

OBSERVATION IV

(*In* Chaumont, thèse de Paris, 1874, obs. V.)

Anurie au cours d'un cancer de l'utérus

Femme G..., âgée de quarante-deux ans, entre le 12 septembre 1864 à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le professeur Monneret que M. Fournié suppléait pendant les vacances. Cette femme entre à l'hôpital pour un cancer utérin dont elle présentait la symptomatologie classique, inutile à reproduire ici et dont le début paraît remonter à neuf ou dix mois.

Le cancer occupe le col utérin, dont une partie est détruite et s'avance sur la paroi vaginale antérieure.

Bien qu'affaiblie et émaciée, la malade n'était pas arrivée au dernier terme de la cachexie cancéreuse, et son existence, suivant toute probabilité, se fût prolongée encore un certain temps si des accidents d'une nature toute particulière n'étaient survenus. Jusqu'au 20 septembre, rien d'étranger à la marche habituelle du cancer utérin ne s'était manifesté.

La malade ne perdait plus de sang, elle n'éprouvait que des douleurs modérées, elle mangeait un peu et digérait sans difficulté. Il n'existait qu'un très léger œdème des membres inférieurs, disparaissant par le repos et seulement appréciable après quelques heures passées hors du lit. A cette époque, la malade nous fit remarquer qu'elle urinait à peine depuis quelques jours. Nous fîmes conserver les urines et

nous vîmes qu'en effet la quantité était très minime : un verre à Bordeaux dans les vingt-quatre heures.

Du 20 au 26, cette proportion s'abaissa encore d'une façon notable, elle descendit à 3, puis à 2 cueillerées à bouche tout au plus.

Du 26 au 28, les urines se supprimèrent complètement, pas une seule goutte ne fut évacuée.

Le 28, deux cuillerées furent rendues.

Enfin, le 29 et 30, jour de la mort, anurie absolue. Cependant, à dater du jour où la diminution des urines s'était produite, quelques phénomènes intéressants se passaient d'une façon concomitante ; deux surtout furent remarquables par leur répétition. Le premier consista en des épistaxis.

La malade qui, depuis de longues années, n'avait pas saigné du nez, fut tout à coup prise d'épistaxis répétées dans la dernière quinzaine de son existence ; elle en eut cinq du 25 au 26.

Le 29, elle saigne presqu'à chaque instant du nez. Ces épistaxis furent légères pour la plupart.

Des vomissements s'étaient produits et se répétaient avec une opiniâtreté singulière.

La malade, qui digérait très bien avant son admission à l'hôpital, commença à vomir quelque temps après son entrée ; ces vomissements, que n'expliquait d'ailleurs aucun symptôme de péritonite, furent d'abord assez rares. Ils devinrent plus fréquents vers la fin de la dernière quinzaine de septembre. Ils furent quotidiens du 15 au 20 ; plus tard, ils se répétèrent à plusieurs reprises dans le cours d'une journée, et la malade arriva à rendre à peu près tout ce qu'elle prenait, solides et liquides.

Les matières rendues étaient, soit alimentaires, soit

aqueuses, glaireuses et n'exhalaient pas d'odeur ammoniacale. En même temps, nous observions les phénomènes suivants :

Inappétence absolue, débilité générale s'accroissant rapidement, pâleur excessive du teint, faiblesse du pouls, apparition d'un œdème léger de la face dorsale des mains.

Vers le 20 septembre, augmentation légère de l'œdème des membres inférieurs, métrorragie assez abondante survenue le jour où les épistaxis redoublaient d'intensité. Signalons encore comme phénomènes négatifs, l'absence de tout trouble du côté de la vue, de tout désordre intellectuel, de toute paralysie musculaire.

Enfin le 29, la mort a lieu brusquement, sans convulsions, sans agonie. On remarqua seulement que la face était un peu cyanosée.

L'autopsie faite par le Dr Domaschino démontra l'intégrité absolue des grands viscères, poumons, cœur, vaisseaux, tube digestif, foie, rate, cerveau. Le cerveau était aussi indemne que possible, pas la moindre infection des membranes ou du parenchyme nerveux. Pas la moindre suffusion séreuse, ni d'épanchement ventriculaire.

Le tube intestinal ne présentait aussi aucune des altérations diverses que l'on a signalées dans l'urémie. En revanche, on constatait du côté de l'appareil génito-urinaire, des lésions multiples et profondes. Cancer utérin ayant envahi la vessie et le vagin, oblitération de l'uretère droit à son embouchure vésicale. Lésions consécutives d'hydronéphrose, dégénérescence granulo-graisseuse très avancée du rein gauche. Le col utérin et la partie correspondante de la vessie sont compris dans une masse indurée et ulcérée qu'envahit aussi une

portion de la paroi vaginale correspondante. Une coupe antéro-postérieure ayant divisé l'utérus en deux moitiés que l'on rejette de chaque côté, il est facile de constater :

1° Que la dégénérescence cancéreuse a presque totalement détruit le col utérin qui n'offre plus dans son tiers supérieur qu'une vaste ulcération indurée, inégale, couverte de papilles hypertrophiées ;

2° Que la partie adjacente de la vessie a subi la même dégénérescence. Seule, la tunique muqueuse est intacte, les diverses couches musculaires sont augmentées d'épaisseur, elles présentent une densité considérable et sont infiltrées de noyaux épithéliaux ; à droite, l'altération est beaucoup plus avancée, elle comprend en ce point toute l'épaisseur de la tunique musculeuse et les couches les plus profondes de la muqueuse. Le trajet de l'uretère droit au niveau de son embouchure vésicale est compris dans cette dégénérescence.

Le conduit, à ce niveau, est rétréci d'abord, puis oblitéré par une masse carcinomateuse qui se continue avec celle de l'utérus.

Il est distendu par un liquide presque aqueux, de teinte un peu jaunâtre cependant. Le bassinet, énormément dilaté par le même liquide, forme, au-devant du rein, une tumeur du volume du poing, les calices présentent une détension considérable. La substance du rein refoulée et comprimée de dedans en dehors est remarquablement atrophiée.

A l'examen microscopique, on remarque les faits suivants. Les tubes urinifères sont partout atrophiés, quelques-uns sont dépourvus d'épithélium, ailleurs leurs cellules ont subi la dégénérescence graisseuse. En certains points, les cellules ont disparu et l'intérieur des tubuli est rempli par des

cylindres granulo-graisseux et même par de véritables gouttes huileuses. Le rein gauche est énorme, il mesure 17 millimètres en hauteur et 8 en largeur ; à simple vue, il paraît transformé en graisse. L'examen microscopique montre que tous les tubes urinifères ont subi la dégénérescence graisseuse ; l'uretère est sain de ce côté.

OBSERVATION V

(Gauchet, *Union médicale*, 1859.)

Cancer de l'utérus. — Urémie. — Compression des uretères et hydronéphrose.

Une femme âgée de quarante-trois ans, pâle, amaigrie, entrée à l'hôpital Saint-Antoine le 6 septembre 1858, avait depuis cinq mois des pertes sanguines et muqueuses par les parties génitales. Il était d'ailleurs impossible d'obtenir d'autres renseignements, tant elle avait d'hébétude et de difficulté à rendre compte de son état. Le toucher vaginal fit reconnaître l'existence d'un cancer ulcéré du col de l'utérus, propagé à la partie supérieure des parois du vagin. Pas de rétention d'urine ; mais urine rare, peu abondante, sans trace d'albumine. Restée dans le service, cette malade continua à présenter de la torpeur, de l'hébétude à un degré remarquable. Dans les premiers jours d'octobre, on s'aperçut qu'elle devenait de plus en plus absorbée ; elle demeurait presque constamment accroupie, silencieuse et indifférente à tout ce qui se passait autour d'elle. Elle tomba enfin dans un coma complet et mourut le 16 octobre.

Frappé de la torpeur habituelle et surtout des phénomènes comateux que présentait cette malade, phénomènes qu'il avait remarqués dans des cas analogues, M. Aran n'hésita pas à affirmer qu'il existait chez elle une dilatation des uretères et des bassinets ayant entraîné la destruction plus ou moins complète du tissu rénal.

Autopsie. — Cavité abdominale. Après l'enlèvement de la masse intestinale, on trouva les deux uretères énormément dilatés, surtout dans leur partie supérieure, le gauche un peu moins que le droit, dont le volume était celui de l'intestin grêle. Au voisinage de la vessie, ces conduits se rétrécissaient et leurs parois, ramollies et transformées en une sorte de matière pultacée, se déchiraient avec la plus grande facilité.

Le rein gauche, décoloré et comme bosselé à sa surface, mesurait 13 centimètres ; le bassinet, dilaté et ayant une dimension de 35 millimètres verticalement et transversalement, contenait un liquide séro-purulent. La dilatation du bassinet se continuait dans le calice et dans l'intérieur de la glande, refoulant le tissu rénal décoloré et criblé de petits foyers purulents ayant le volume d'un pois ; il ne restait plus trace de la substance tubuleuse du rein.

Le rein droit mesurait 10 cm. 1/2, était presque entièrement transformé en une poche kystique multiloculaire, à parois minces, et ne présentait plus que très peu de tissu rénal décoloré. Le bassinet était fortement dilaté, comme l'uretère correspondant.

OBSERVATION VI

(Raymond, *Soc. anat.*, 1875, p. 113.)

Urémie dans un cas de cancer de l'utérus. — Analyse du liquide retenu dans l'utérus.

H... Françoise, âgée de cinquante-neuf ans, entrée le 11 juin 1874 à la Salpêtrière, service de M. Charcot. Cancer de l'utérus ayant eu son évolution habituelle : dans les quatre derniers jours de la vie, la malade urine difficilement; diarrhée abondante, puis coma qui précède la mort de deux jours.

Autopsie. — L'uretère du côté droit est comprimé par le cancer utérin ; le rein du même côté, très atrophié dans sa substance propre, présente un développement considérable du bassinet. Les deux uretères sont gros comme l'intestin grêle ; ils sont remplis d'un liquide clair, aqueux.

Quantité de liquide.....	125 grammes
Densité.....	1,012
Couleur.....	Jaune citrin.

Dosage rapporté à 1.000 grammes :

Eau.....	977 gr.
Urée.....	3 gr. 85
Albumine.....	7 gr. 60
Chlorures alcalines.....	6 gr. 10
Phosphates, sulfates, etc..	5 gr. 45
	1.000 gr.

OBSERVATION VII

(Ch. Féré, in *Bull. de la Soc. anat.*, 1875, p. 595.)

Cancer de l'utérus. — Urémie. — Rétention des matières fécales

Cette pièce a été recueillie dans le service de M. le professeur Charcot à la Salpêtrière, sur une femme de cinquante-neuf ans, nommée H...

Cette femme avait commencé il y a deux ans à avoir des hémorragies utérines assez abondantes, qui se répétaient fréquemment et étaient devenues presque continuelles; pendant les intervalles des hémorragies, elle avait des pertes blanches. Pendant dix-huit mois, les douleurs spontanées ont été peu vives, c'était plutôt une sensation de gêne dans le bassin, et de temps en temps elle éprouvait des élancements qui duraient pendant plusieurs jours, puis cessaient.

Depuis six mois, les hémorragies se sont éloignées, mais les pertes blanches ont beaucoup augmenté et ont pris un caractère de fétidité remarquable. La malade mangeait peu, ses téguments avaient pris la teinte jaune paille caractéristique, mais comme les douleurs lui laissaient de longs intervalles de bien-être relatif, elle continuait à marcher.

Dans les premiers jours d'octobre, les douleurs reprirent une nouvelle intensité, l'écoulement blanc fétide persista.

5 octobre. — Elle eut quelques petits frissons qui se répétèrent les jours suivants, à des intervalles variables, et elle constata en même temps qu'elle ne rendait plus qu'une petite quantité d'urine. Elle entra alors à l'infirmerie.

8 octobre. — Elle fut prise de céphalalgie très intense avec perte de l'appétit, prostration, somnolence. Elle ne rendit que quelques gouttes d'urine qui furent les dernières à partir de ce jour, elle ne rendit plus non plus aucune matière par le rectum.

Les jours suivants, la céphalalgie persista; même somnolence, même apathie intellectuelle et physique, interrompue la nuit par des rêvasseries. Le cathétérisme fut pratiqué plusieurs fois sans ramener une goutte d'urine. Toujours pas de selles. La malade n'accepte que des aliments liquides.

Enfin, le 18 octobre, après avoir présenté quelques convulsions partielles et passagères, elle tomba dans le coma et mourut.

Autopsie. — Tous les organes pelviens sont intimement adhérents; les culs-de-sac vésico-utérin et utéro-rectal ont disparu; les ovaires et la trompe droite sont enveloppés dans les adhérences péritonéales; la trompe gauche seule est libre au-dessus de la masse.

Les uretères, qui pénètrent dans ses parties latérales, ont environ 1 centimètre de diamètre et sont distendus par du liquide ainsi que les bassinets et les calices dont la surface interne ne présente aucune lésion inflammatoire apparente. Les reins sont un peu gros et pâles.

Après avoir enlevé en masse tous les organes accolés qui remplissent l'excavation, on voit que la vessie, dont la partie postéro-inférieure est intimement unie à la face antérieure de l'utérus, est très réduite de volume et que sa cavité, qui est à sec, contiendrait à peine un gros marron. La muqueuse plissée est pâle dans toute la partie supérieure; elle est brunâtre et comme ecchymosée sur le trigone, vers la partie

postérieure duquel elle est ramollie. A droite comme à gauche, il est impossible de faire pénétrer un stylet, soit de l'uretère dans la vessie, soit de la vessie dans l'uretère ; les conduits ne paraissent pas seulement oblitérés par l'envahissement de la partie postérieure de la vessie par le cancer, mais aussi par le tissu cellulo-fibreux très dense qui l'entoure et par plusieurs ganglions volumineux contenus dans l'épaisseur de la partie inférieure des ligaments larges.

OBSERVATION VIII

(Gauchet, *Union médicale*, 1859.)

Oblitération des uretères et hydronéphrose consécutive au cancer de l'utérus.

Le 1er avril 1859, une femme, paraissant âgée d'environ trente-cinq ans, fut trouvée par M. Aran, à sa visite, au nº 32 de la salle Sainte-Thérèse.

Aucun renseignement n'avait été donné, qui pût mettre sur la voie du diagnostic de l'affection dont elle était atteinte, et elle était absolument incapable de répondre aux questions qui lui étaient adressées. Elle présentait des phénomènes convulsifs épileptiformes et était dans un état extrêmement grave, si grave qu'elle succomba dans les vingt-quatre heures qui suivirent son admission, sans avoir un instant repris sa connaissance.

Or, à l'autopsie, malgré les phénomènes qu'on avait observés, l'on ne trouva aucune lésion des centres nerveux encéphaliques ni de leurs enveloppes. C'était dans les organes génitaux et urinaires que siégeaient les altérations

matérielles appréciables de l'affection qui avait entraîné la mort.

A l'ouverture de la vessie, il s'écoula un peu d'urine purulente, mêlée de flocons membraneux, jaunâtre. Le bas-fond était occupé, à gauche principalement, par une ulcération, qui avait mis à nu la tunique musculaire dans l'étendue d'une pièce de 1 franc ; autour de cette ulcération, la muqueuse était couverte de granulations rougeâtres et ses bords, détachés des tissus sous-jacents, étaient flottants lorsqu'on y versait de l'eau. Au côté droit du trigone vésical se voyait un petit noyau du volume d'une noisette, formé de substance encéphaloïde en voie de ramollissement. La cloison vésico-vaginale, notablement épaissie, avait près de 2 centimètres d'épaisseur. Dans le côté gauche de l'excavation pelvienne, de nombreuses adhérences unissaient entre elles les annexes de l'utérus, comme ratatinées vers le bord extérieur de cet organe. Les deux ovaires étaient atrophiés, les trompes oblitérées. L'utérus était le siège d'une infiltration cancéreuse qui remontait presque jusqu'au fond de l'organe ; les deux lèvres du col étaient complètement détruites par une ulcération à fond rougeâtre, empiétant sur le vagin dans une étendue de 1 centimètre environ, mais qui n'avait pas gagné du côté du rectum ; celui-ci n'était que très faiblement adhérent au vagin. Les deux reins étaient transformés en un grand nombre de petit kystes à parois épaisses ; ce qui restait de la substance rénale était complètement décoloré et induré. Les bassinets et les uretères étaient dilatés, les deux dernières ayant au moins le volume de l'index ; mais cette dilatation n'existait pas à la partie inférieure de ces conduits, qui, dans leur trajet termi-

nal pour gagner les reins, passaient au milieu des tissus ramollis et d'une matière jaunâtre et épaisse ; leurs orifices vésicaux étaient libres.

Au-devant de la colonne lombaire, se trouvaient des ganglions volumineux, infiltrés de substance cancéreuse.

Les organes digestifs contenus dans l'abdomen ne présentaient aucune altération, à l'exception du foie, qui était comme ratatiné. Quant aux viscères thoraciques, il existait seulement des adhérences anciennes au sommet du poumon droit, dont le parenchyme était parsemé de quelques tubercules crétacés.

OBSERVATION IX

(Minot, *The Boston med. and Surg. Journal*, 1884
In Uteau, thèse de Paris, 1902-1903, ob. II.)

Anurie au cours d'un néoplasme utérin.

Le Dr Minot présente des pièces provenant d'une femme de trente-trois ans, entrée à l'hôpital général de Massachusetts le 13 février, et morte le 21 du même mois. Cette femme, veuve, sans enfants (pas de fausses couches), remarqua il y a trois ans de légères pertes de sang par le vagin. Depuis six mois, leucorrhée peu abondante, douleur rétro-pubienne, mictions fréquentes et parfois défécation douloureuse. Pendant trois semaines, soif vive, polyurie et démangeaisons sur les bras et à l'anus, grande fonte musculaire, affaiblissement, mais cependant neuf jours seulement de repos au lit.

Elle était devenue anémique. Température 39°8 ; pouls 120, respiration 26.

14 février. — Dans les vingt-quatre heures, elle urina seize onces.

A l'examen, le professeur Wood trouve l'urine pâle d'une densité de 1008,5 de réaction neutre, avec faible trace d'albumine, épithélium vaginal et vésical en quantité excessive, des amas de grandes cellules isolées avec des prolongements, indiquant une tumeur maligne, un peu de sang et du pus.

15 février. — La sonde ramena une once d'urine et depuis, pendant les six derniers jours de la vie, il ne s'écoula plus d'urine, si ce n'est deux drachmes.

18 février. — L'intolérance était absolue et l'haleine avait une odeur urineuse.

Le vomissement du 20, examiné par le professeur Wood, contenait 6 gr. 7 d'urée pour 912 centimètres cubes. Douleur dans le flanc droit. La malade, bien que très assoupie, conserva sa connaissance jusqu'à la fin.

A l'autopsie, le professeur Fitz trouva l'utérus augmenté de volume et remplissant le bassin. Il était adhérent à la vessie et au rectum et aux parois osseuses. La vessie contenait une demi-once d'urine trouble.

A la paroi postérieure on notait une ulcération des trois quart d'un pouce de diamètre. La cavité utérine mesurait quatre pouces de profondeur ; l'orifice externe laissait pénétrer l'index. La substance de l'utérus était transformée en un tissu blanchâtre, d'où la pression faisait sourdre une substance analogue à la matière sébacée. Ces altérations s'étendaient au fond, où l'on voyait un nodule arrondi, lamelleux,

facile à écraser, mais ne laissant pas sourdre de matière sébacée. L'uretère gauche était dilaté et tortueux, oblitéré à un pouce et demi de son abouchement dans la vessie, grâce à des néoformations molles et grisâtres. Le droit était dilaté, son ouverture dans la vessie présentait le calibre d'une épingle, et son trajet intra-vésical était tortueux. Le rein droit était moitié moins volumineux que le gauche, sa surface était d'un gris blanchâtre, facilement décorticable ; il commençait seulement à être gros et anémié, la substance tubulaire n'était pas distincte.

Les ganglions situés sur le promontoire du sacrum étaient hypertrophiés et gros comme la moitié d'une noix de galles ; à la coupe, ils étaient blancs et homogènes, et la pression faisait sourdre abondamment la substance sébacée... L'examen microscopique décelait la nature cancéreuse de la tumeur dans les ganglions lombaires et dans le tissu utérin (Dr Wickerg).

OBSERVATION X

(Carpentier-Méricourt, Société anatomique, 1874.)

Anurie et urémie dans un cancer de l'utérus.

Cancer du vagin et de l'utérus ayant détruit la portion vaginale du col.

Au bout de quelques jours de séjour à l'hôpital, la malade fait remarquer qu'elle urine bien moins ; en même temps, elle a des nausées plus fréquentes; puis elle se met à vomir les jours suivants; ces vomissements ne présentent pas de

caractère spécial, pas de coloration noirâtre ; ils surviennent aussi bien avant qu'après l'ingestion des aliments. L'examen attentif de la région épigastrique ne fait constater aucune tumeur ni à l'estomac, ni au foie.

La malade a perdu tout appétit, accuse une soif vive ; elle ne prend plus que du lait, de l'eau de Seltz et de la glace. Mais les vomissements persistent, fréquents dans la journée, alternant avec des hoquets qui fatiguent cruellement la malade. Cet état et les douleurs lancinantes dans le petit bassin, dans les cuisses, empêchent tout sommeil, et la malade prie instamment qu'on la fasse dormir. Deux injections de chlorhydrate de morphine sont faites, mais on ne les continue pas sur la demande de la malade, qui les accuse de la rendre « toute drôle » et de ne pas la faire dormir du tout.

La persistance des vomissements, en même temps que la lenteur du pouls, l'abaissement de la température du corps portent M. Beaumetz à diagnostiquer des accidents d'urémie, tenant probablement à une compression des uretères par la tumeur du bassin.

La température axillaire prise le 21 février, au matin, est de 36 degrés ; le soir à la visite la malade était morte ; elle s'était éteinte, pour ainsi dire, par surprise, après avoir causé avec sa voisine, ayant conservé sa connaissance jusqu'au bout et sans avoir rien présenté d'extraordinaire, ni convulsions, ni coma. Dans la journée, elle paraît cependant avoir eu moins de nausées, mais des hoquets fréquents sans vomissements. Elle se plaignait aussi d'être fatiguée et essoufflée.

Autopsie. — Vingt-neuf heures après la mort.

Organes génito-urinaires. — Reins différents de volume

et d'aspect. Le rein droit, plus volumineux, plus allongé est très chargé de graisse. Il est assez difficile d'enlever l'enveloppe des reins ; elle est très épaisse, très adhérente en certains points à l'extrémité supérieure par exemple, où elle recouvre une sorte de cicatrice du rein. En ces points, la face interne de la capsule est très vasculaire.

M. Liouville, qui a examiné les reins, y a constaté de la néphrite, une sclérose qui paraît également prononcée dans la substance corticale et la substance médullaire, avec atrophie d'un certain nombre de glomérules de Malpighi. Les reins présentent les dimensions suivantes : rein gauche, un peu atrophié, paraît légèrement arrondi ; longueur 11 centimètres ; largeur 4 centimètres ; épaisseur 3 centimètres. Rein droit, assez volumineux, allongé ; longueur 13 centimètres ; largeur 7 cm. 5 ; épaisseur 3 centimètres.

Uretères dilatés. Aspect de deux cordons blanchâtres, transparents, ressemblant à l'intestin grêle de l'enfant. Comme les reins, ils offrent entre eux des différences ; à gauche, bassinet très dilaté, aplati, longueur 3 cm. 5. Uretère très dilaté aussi, 4 centimètres de circonférence.

A droite : bassinet peu dilaté, aplati, uretère moins dilaté, plus dilaté à la partie inférieure, 3 centimètres de circonférence. On peut suivre le trajet des uretères et les isoler des parties voisines jusqu'au point où ils vont contourner l'utérus ; là, ils sont englobés dans une masse dont il est impossible de les isoler : ils ne sont pas froncés, ils ne paraissent pas brusquement rétrécis. En pressant fortement de haut en bas sur l'uretère distendu, on peut faire sourdre dans la vessie quelques gouttes de liquide entraînant avec lui de petits grumeaux blanchâtres, identiques à ceux que nous retrouvons

dans la masse cancéreuse. L'uretère gauche contient plus de liquide ; on fend le rein et le liquide recueilli est examiné au laboratoire de l'Hôtel-Dieu par M. Roux.

On a constaté la présence d'un peu d'ammoniaque et peut-être y avait-il de l'urée, mais l'examen a été fait trois jours après la mort, la présence dans le liquide de matières organiques, à cellules épithéliales, à globules blancs et rouges, pourrait expliquer la présence d'ammoniaque. Pas de cristaux d'acide urique au microscope.

Vessie : peu d'urine, dans laquelle flottent quelques grumeaux blancs ayant l'aspect de grains de semoule agglomérés ; graisse détachée d'une plaque cancéreuse, dure, occupant le bas-fond de la vessie : on distingue sur cette plaque deux saillies, en forme de virgule, dont la base regarderait l'orifice des uretères qu'elle oblitère et dont le sommet se reliant à celui du côté opposé forme une sorte de rigole conduisant à l'orifice vésical de l'urètre. Les autres portions de la vessie sont indemnes. L'urètre a sa muqueuse congestionnée et striée de fins vaisseaux parallèles à sa direction.

Utérus : envahi à peu près totalement par le cancer, sauf dans le tiers supérieur qui est mollasse et contient dans la cavité un liquide roussâtre, avec détritus blancs jaunâtres.

OBSERVATION XI

(*In* Merklen, thèse de Paris, 1881, obs. XXXV.)

Anurie de quinze jours. — Urémie. — Cancer de l'utérus.

Mme P..., âgée de cinquante-six ans, sujette depuis dix-huit mois à des hémorragies utérines dues à un cancer du col de l'utérus.

Le 15 janvier 1876, l'urine devient très rare, et le jour suivant elle cesse complètement. Depuis cette époque jusqu'à sa mort, le 30 janvier, pas une goutte d'urine ne fut rendue. Je la vis le dixième jour de la suppression avec mon ami le Dr Lloyd Roberts à qui je dois cette observation ; état de la malade étonnamment calme ; alimentation et sommeil comme d'habitude ; langue humide ; pupilles normales ; pouls 84 ; température 99 ; pas de douleurs.

Le Dr Roberts m'apprit que la malade avait présenté les deux premiers jours de la suppression une légère anasarque, plus marquée à la face. Le symptôme avait complètement disparu le troisième jour, mais le jour qui précède la mort, il se montre un léger œdème du côté des pieds.

Au toucher, on trouvait chez la malade une production squirrheuse étendue, ayant envahi le col de l'utérus, et les parties avoisinantes du vagin dans le point qui correspond à la base de la vessie. Ceci expliquait la suppression. Les uretères à leur passage à travers le trigone, étaient sans doute compris dans la production cancéreuse et comprimés. La vessie fut trouvée vide.

Les symptômes étaient restés à peu près les mêmes jusqu'au 29 janvier. A ce moment, ils devinrent plus alarmants : pupilles rétrécies, tressaillements musculaires dans la face ; affaiblissement rapide des forces musculaires ; d'abord dans les bras et les jambes, puis dans le tronc. La malade mourut tranquillement le 30 janvier, au matin, apparemment par paralysie des muscles respirateurs. La température du 29 était tombée d'un degré au-dessous de la normale.

On ne put faire l'autopsie.

OBSERVATION XII

(Patel, *Revue de Chirurgie*, 1901, n° 8, obs. I.)

Anurie au cours d'un néoplasme utérin.

D. V..., âgée de soixante-quinze ans, concierge, entre à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Anne, service de M. le professeur Poncet, le 11 avril 1901.

On ne relève rien dans ses antécédents héréditaires. Personnellement, pas de maladie grave antérieure ; un enfant mort à l'âge de deux ans ; pas de fausse couche. Réglée de quatorze à quarante huit ans. Pas d'affection génitale antérieure : ni métrorragie, ni pertes blanches.

Il y a deux ans, la malade vint à l'hôpital de la Charité pour les douleurs qu'elle ressentait dans le bas-ventre ; on lui fit une ponction par le vagin, sans anesthésie ; il sortit, paraît-il, une assez grande quantité de sang ; on dut pratiquer un tamponnement vaginal. Quinze jours après, il sortit de son vagin un bloc très fétide, rouge noir, qui semble n'être que les tampons placés antérieurement.

Il y a un an, en pleine évolution de son affection, la malade eut un œdème généralisé ; elle n'urinait que très peu à ce moment et était oppressée ; cet état persista deux ou trois mois ; la sécrétion urinaire ne se rétablit que lorsque l'œdème cessa. Depuis, la malade eut à nouveau de l'œdème il y a deux mois ; il persiste encore au moment de son entrée à l'hôpital.

Aujourd'hui, l'œdème est presque généralisé (membres inférieurs et supérieurs, paroi abdominale, face). Pas d'ap-

pétit depuis longtemps, constipation parfois très opiniâtre, suivie de diarrhée. Dyspnée d'effort très marquée, pas de toux, pas de signes pulmonaires.

Douleurs irradiées dans les membres inférieurs ; le maximum siège dans le bas-ventre et la région lombaire ; la malade doit demeurer immobile.

Les mictions sont très fréquentes, la quantité d'urine est faible et ne dépasse pas deux verres par jour.

Métrorragies très abondantes, ayant nécessité un tamponnement vaginal à l'entrée de la malade. Examen de la malade.

Au toucher vaginal, on sent immédiatement à l'entrée du vagin un rétrécissement très serré ; les parois sont véritablement capitonnées et le doigt arrive au col après un trajet dans un tissu résistant, inextensible ; pas de végétations ou d'ulcérations intra-vaginales.

Le col utérin a presque disparu ; il est remplacé par une masse bourgeonnante dure ; l'utérus est immobile, comme fixé dans une masse solidifiée, les ligaments larges sont envahis de chaque côté.

Le toucher et le palper combinés ne font que faire percevoir une masse uniformément dure, moulée sur les parois osseuses du petit bassin. Pas de ganglions inguinaux.

Les reins ne sont pas accessibles, leur pression est indolore. Au cœur, pulsations faibles ; pas d'arythmie ; pouls tendu.

Urines recueillies à la sonde, albuminurie considérable.

20 avril 1901. — L'œdème s'accroît, la dyspnée apparaît ; il y a du myosis.

L'état général est très mauvais ; la quantité d'urine ne

peut être évaluée exactement; l'urine n'est évacuée que dans le lit, mais les draps sont à peine humidé.

29 avril. — L'état s'aggrave considérablement. M. Poncet repousse l'idée d'une opération ; la malade ne supporterait pas l'anesthésie. Anurie totale. Mort le 5 mai 1901.

Autopsie pratiquée le 6 mai, trente heures après la mort.

Les pièces ont été présentées à la Société des Sciences médicales de Lyon, le 8 mai 1901.

La masse intestinale fut tout d'abord enlevée ; elle n'offrait aucune lésion macroscopique.

Après ouverture de la loge rénale droite, on constate une infiltration graisseuse très abondante autour du rein ; celui-ci offre l'aspect du rein hydronéphrotique au premier stade de la lésion.

Le bassinet distendu est coiffé par une substance rénale très amincie. Le tout pèse 80 grammes. L'uretère droit est considérablement modifié ; alternativement rétréci et dilaté, il offre l'aspect d'un chapelet, les portions dilatées ont le volume de l'index ; à leur niveau, les parois sont minces, transparentes ; il est contourné plusieurs fois sur lui-même et paraît comme enroulé en spirale autour d'une tige fibreuse rigide qui va du hile du rein à la symphyse sacro-iliaque.

Les points rétrécis ne le sont qu'en apparence, car en sectionnant les brides extérieures, le calibre devient de suite plus considérable.

A sa partie supérieure, l'uretère est très adhérent au bord interne du rein : il est coudé plusieurs fois, et sa paroi adhère au bassinet de suite après son orifice d'entrée.

Dans la portion abdominale, il est très adhérent au péri-

toine et entouré d'un tissu fibro-graisseux qui fait corps avec ses parois.

Au niveau de la symphyse sacro-iliaque, l'adhérence est plus forte à la paroi qu'au péritoine. Dans sa portion pelvienne l'uretère pénètre dans le néoplasme qui l'entoure de tous côtés ; les tuniques sont confondues ; une sonde introduite par la vessie ne franchit pas ce défilé. Si l'on dissèque l'uretère, ce qui se fait avec peine, on rétablit le cours de l'urine, ce qui prouve que l'obstacle était purement extérieur.

A l'ouverture du rein, on constate que les couches corticale et médullaire sont très atrophiées ; dans le bassinet il y a un liquide clair, jaune pâle. Une sonde introduite dans l'uretère pénètre facilement jusqu'à la portion iliaque ; elle est arrêtée à ce niveau, et, à l'ouverture du canal, on constate un rétrécissement valvulaire, à paroi lisses, sans végétations de la muqueuse ; le reste de la paroi de l'uretère est lisse à l'intérieur ; la muqueuse est cependant congestionnée en certains points.

Le rein gauche pèse 130 grammes ; le bassinet est normal ; à la coupe, on voit un rein gras, avec des tâches faisant penser à des foyers de dégénérescence amyloïde.

L'uretère gauche est normal en apparence ; ses parois sont cependant plus flasques que d'habitude.

Au niveau de la portion iliaque, existe un petit noyau cancéreux, extérieur, rétrécissant un peu son calibre, mais n'empêchant pas le passage d'une sonde.

L'abouchement dans la vessie est normal. Vessie normale.

Le néoplasme occupe l'utérus en entier, col et corps ; il s'agit probablement d'une épithélioma de la muqueuse du col ayant envahi celle du corps et amené une dégénérescence du

tissu musculaire. Le ligament large droit est entièrement envahi; le ligament large gauche est envahi, seulement en partie; la vessie et le rectum sont respectés.

Deux fragments des reins droit et gauche ont été mis aussitôt dans l'alcool fort pour l'examen histologique.

Examen histologique (dû à l'obligence du Dr Gallavardin).

1° *Rein hydro-néphrotique.* — Le morceau examiné comprend toute l'épaisseur du rein (substance corticale et pyramide). Dans les pyramides, on aperçoit déjà dans le sens radial, suivant la direction des tubes droits, des traînées de cellules inflammatoires, trace d'infection ascendante.

La substance corticale est très altérée; les glomérules sont très rapprochés les uns des autres relativement peu atteints; mais les portions intermédiaires sont envahies par une inflammation interstitielle intense ; dans cette substance corticale, ainsi altérée, on reconnaît avec peine quelques débris de tubes contournés.

2° *Rein du côté sain.* — Il existe dans le fragment examiné des lésions assez accusées. Le tissu interstitiel intermédiaire aux tubes contournés est manifestement altéré et figure des couronnes de tissu conjonctif qui enserre chaque tube. Les glomérules sont peu atteints et ne présentent pas de surcharge amyloïde. Quant aux cellules des tubili contorti, elle sont très granuleuses, désagrégées, se colorent mal. Dans quelques-unes d'entre elles, on remarque des cylindres colloïdes. En somme, lésions de néphrite chronique.

OBSERVATION XIII

(MM. Picqué, Jayle et Labbé, *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, 1895, obs. I.)

Néphrostomie pour anurie due au cancer de l'utérus.

Marie B..., quarante-trois ans, entre le 27 juillet 1894, à l'hôpital Broca, salle A, n° 18, dans le service de M. le Dr Pozzi que j'avais l'honneur de suppléer.

La malade ne présente rien de particulier à noter dans ses antécédents héréditaires ou personnels. Relevons cependant qu'elle a eu sept fausses couches et un seul accouchement.

Il y a trois ans, ont apparu des métrorragies intermittentes qui, depuis, ont toujours persisté. Les douleurs sont survenues dans ces derniers mois, mais ne sont pas excessives.

Lors d'un précédent séjour de la malade à l'hôpital, M. Pozzi diagnostiqua un cancer de l'utérus inopérable et fit deux curettages successifs avec cautérisation au fer rouge qui ne donnèrent pas une grande amélioration.

Dès le 16 juillet, la malade avait des mictions fréquentes et se plaignait d'une légère sensation de cuisson en urinant.

24 juillet. — La malade n'urinait plus une goutte. L'anurie est restée totale du 24 juillet au 6 août, c'est-à-dire pendant treize jours. Au début, aucun phénomène grave d'anurie ne se produisit. La face était un peu bouffie ; il existait de l'œdème surtout aux membres inférieurs, mais peu marqué.

Quelques vomissements survinrent du 4 au 6 août, la diarrhée apparut le 6 août. A la palpation des régions

rénales, on trouvait le rein gauche plus abaissé que normalement et semblant augmenté de volume.

Du 27 juillet au 6 août, la température ne dépasse pas 37°8. Après quelques hésitations, la malade finit par accepter mon intervention.

6 août. — Je pratiquai la taille rénale du côté gauche seulement pour des raisons que j'indiquerai plus loin.

Le bassinet n'était pas dilaté, je me bornai donc à l'incision du parenchyme rénal sur le bord libre et dans une étendue de 4 centimètres. L'opération se fit très facilement, il ne s'écoula pas d'urine. Je ne tentai pas de faire la marsupialisation et je me contentai d'un drainage à la gaze iodoformée.

7 août. — Le pansement est infiltré de sang et d'urine.

Du 7 au 11, l'écoulement d'urine par la plaie est très abondant Amélioration de l'état général ; l'œdème disparaît.

Du 11 au 15, la malade urina par la fistule rénale la valeur de trois verres d'urine claire. Depuis ce temps, la quantité par le méat a beaucoup diminué, mais l'écoulement reste très abondant par la plaie.

6 octobre. — Il ne reste dans la région rénale qu'une fistule qui fournit toujours de l'urine en très grande quantité. L'écoulement par l'uretère ne se fait que par intermittence. Les accidents anuriques ont complètement disparu : la température est normale, l'appétit est assez bon, mais la malade se cachectise de plus en plus.

8 août. — L'orifice de la fistule rénale se rétrécit et on met un drain. La cachexie se prononce de plus en plus. Les urines rendues par l'urètre sont rares et albumineuses.

Par la plaie lombaire, il suinte une assez grande quantité d'urine.

30 octobre. — Depuis quelques jours est apparu un peu d'œdème au membre inférieur gauche.

La plaie lombaire conserve le même aspect, il n'y a pas de suppuration. La malade est réduite à l'état squelettique et prend à peine de la nourriture.

19 novembre. — La cachexie est devenue extrême et la malade s'éteint dans l'après-midi, cent cinq jours après l'opération. Jusqu'au dernier jour, la fistule lombaire a donné de l'urine.

Autopsie. — L'autopsie montre que les deux uretères sont dilatés, comprimés et envahis par le cancer utérin. Le rein droit est atrophié et kystique. Le rein gauche présente des lésions analogues; le bassinet communique franchement avec la plaie lombaire; il n'y a pas la moindre suppuration.

Examen des autres organes : cœur légèrement atrophié. Pas de lésions orificielles. Poumons : pas de grosses lésions. Un très léger épanchement dans la plèvre droite. Rate normale. Foie de consistance presque normale, renfermant quelques noyaux cancéreux à sa surface.

En résumé : néphrite double, atrophiante et généralisation.

OBSERVATION XIV

(Jayle et Desfosses, *in* Aumont, thèse de Paris 1895, obs. IV.)

Anurie au cours d'un néoplasme utérin. — Néphrostomie.

R... Eugénie, âgée de trente-trois ans, bonne, entre, le

2 janvier 1895, dans le service de M. de Beurmann, à l'hôpital Broca, salle Fracastor C.

Rien à noter dans ses antécédents héréditaires. Antécédents personnels : variole dans l'enfance; bonne santé habituelle ; jamais de grossesse. Il y a six ans, la malade contracte la syphilis et fut soignée à l'hôpital Broca.

Depuis plusieurs mois, la malade a remarqué que ses règles devenaient irrégulières et abondantes. Elle éprouve une difficulté croissante d'uriner. Perte de forces, diminution de l'appétit. En même temps, elle souffre beaucoup dans le bas-ventre.

Le symptôme dont elle se plaint le plus, c'est la difficulté qu'elle éprouve à uriner, et c'est surtout pour les accidents de dysurie qu'elle présente qu'elle vient à l'hôpital.

2 janvier 1895 — *État actuel.* — Femme non encore cachectisée, mais fatiguée par de vives souffrances. Au toucher, on trouve un cancer qui a détruit tout le col de l'utérus et envahi la paroi vaginale antéro-latérale droite ; la paroi recto-vaginale paraît saine.

La malade est sondée, et on retire de l'urine claire ne contenant ni sucre, ni albumine. Pas de pus.

Écoulement séreux vaginal pas très abondant. Pas d'hémorragie. Poumons et cœur sains. Pas d'appétit.

15 février. — Depuis son entrée à l'hôpital, la malade s'est cachectisée, les forces ont disparu et le repos complet au lit est devenu nécessaire.

En même temps ont apparu des douleurs atroces dans le petit bassin, s'irradiant dans les reins et dans les cuisses, arrachant des cris continuels à la malade. Après avoir cédé les premiers temps à la morphine, elles ne disparaissent

plus, bien que la malade demande et reçoive jusqu'à dix piqûres par jour. Concomitamment, les urines deviennent de plus en plus rares.

Le ventre est tendu et douloureux. Pas de troubles rectaux.

La masse néoplasique occupe tout le petit bassin et remonte dans l'abdomen formant une grosse tumeur.

1er mars. — La malade décline à vue d'œil. Amaigrissement considérable, insomnie, perte complète de l'appétit. Face couleur de cire. On est obligé de sonder la malade.

5 mars. — Cette semaine a apparu de l'œdème qui s'est d'abord montré aux petites lèvres et aux malléoles péronières.

10 mars. — L'œdème a augmenté et a bientôt gagné les deux membres inférieurs et l'abdomen, remontant jusqu'au thorax. Les mains sont également œdématiées.

Avec l'apparition de l'œdème, coïncide une atténuation des douleurs.

L'urine retirée par la sonde n'atteint plus que la quantité de 250 grammes par jour.

Petites ulcérations au niveau des ischions.

19 mars. — L'état général est des plus précaires : la malade a de la gêne respiratoire et ne prend, pour ainsi dire, plus rien : à peine peut elle supporter quelques gorgées de grog ou de champagne glacé : le lait est rejeté aussitôt qu'il est pris.

Vomissements alimentaires et aqueux.

Langue un peu sèche. Bourdonnements d'oreille.

Œdème considérable ; la malade ne peut plus bouger dans son lit.

Pas de température jusqu'à ce jour.

La quantité d'urine excrétée varie, depuis plusieurs jours, de 10 à 30 grammes par vingt-quatre heures.

21 mars. — *Opération.* — La néphrostomie proposée à la malade est acceptée et pratiquée. Chloroforme.

Le rein droit, un peu abaissé et vaguement perçu à travers les téguments infiltrés, est choisi de préférence.

L'opération est simple et rapide ; disons simplement que les tissus traversés par l'incision étaient très fortement infiltrés, que le rein n'a pu être fixé, les fils le coupant, et qu'il n'y avait pas d'urine dans le bassinet.

22 mars. — *Suites opératoires.* — La malade a uriné beaucoup par sa plaie ; on est obligé de changer les alèzes toutes les heures.

A 2 heures de l'après-midi, la malade éprouve le besoin d'uriner et en la sondant, on retire 120 grammes d'urine.

La malade se trouve bien mieux, elle prend du lait avec plaisir et elle a dormi toute la nuit.

23 mars. — L'œdème des jambes a diminué d'une façon appréciable. La malade a rendu trois quarts de litre d'urine par la sonde, en vingt-quatre heures. Elle demande à manger. Depuis l'opération, elle n'a plus vomi.

24 mars. — L'œdème, qui remontait jusqu'au thorax, n'existe plus qu'aux deux jambes et à la partie postérieure des cuisses.

Pansement ; on change les mèches profondes ; en les retirant, il sort une grande quantité d'urine par la plaie. Tous les jours on renouvelle le pansement et on change les mèches tous les deux jours. L'urine que l'on retire par la vessie diminue de quantité et devient trouble.

28 mars. — On ne retire que 35 grammes d'urine par la vessie ; cette urine est fortement purulente.

L'œdème a presque complètement disparu ; il ne persiste qu'aux pieds et aux mains.

La malade mange un peu, se trouve plus forte et ne demande plus de morphine ; alors qu'elle en prenait sans résultat 10 seringues par vingt-quatre heures.

1er avril. — On ne retire de la vessie que 50 grammes de liquide purulent. L'œdème a complètement disparu. L'état de la plaie rénale est très satisfaisant. Le liquide qui coule par la voie lombaire est clair et sans albumine.

La malade urine moins par sa plaie qu'au début ; il y a eu une crise urinaire qui a cessé.

La malade mange un peu, mais l'amaigrissement et la pâleur ne changent pas.

10 avril. — Lavages de la vessie à l'eau boriquée.

La vessie est envahie par le cancer, ce qui explique la purulence du liquide que l'on retire par la sonde.

La malade mange avec appétit.

30 avril. — La plaie est en bel état ; il reste encore la trace de points de suture qui avaient coupé la peau et qui sont lents à se cicatriser.

La sonde permet de retirer de la vessie un liquide jaune verdâtre d'odeur infecte.

5 mai. — *Statu quo.*

Les sécrétions vaginales sont très fétides. Pas de température.

15 mai. — L'état général est moins bon et la cachexie commence à reparaître. De plus, la malade fait de la septi-

cémie chronique, le vagin et la vessie ne formant plus qu'un clapier purulent.

Par la fistule lombaire, il sort toujours de l'urine claire, mais en moins grande abondance qu'il y a un mois.

2 juin. — La malade est, petit à petit, tombée dans le coma et meurt dans la journée, soixante-treize jours après l'opération.

L'autopsie n'a pu être faite.

OBSERVATION XV

(Jayle et Labbé, *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique* 1895, p. 197, obs. II.)

Anurie au cours d'un néoplasme utérin. — Néphostomie.

Marie D..., trente-deux ans, journalière, entrée salle Fracostor, n° 1, à l'hôpital Broca, dans le service de M. le Dr de Beurmann, le 2 juin 1894.

Elle se plaint de métrorragies et de pertes roussâtres, fétides qui ont apparu il y a trois mois. Peu de douleurs ; au toucher, on constate que le col est volumineux, fongueux et présente tous les caractères de l'épithélioma utérin.

10 juin. — Curettage et cautérisation au fer rouge qui amènent les jours suivants la cessation des métrorragies.

31 juillet. — Second curettage et cautérisation, les hémorragies ayant reparu. Celles-ci disparaissent à nouveau, mais bientôt surviennent des vomissements fréquents, bilieux, persistants, en même temps que la fièvre se montre et que de vives douleurs apparaissent dans le petit bassin

et dans les lombes. Les urines ne renferment pas d'albumine, mais ne sont pas très abondantes.

En octobre, les vomissements se calment un peu, mais reparaissent en novembre. La température reste élevée.

14 novembre. — La malade se plaint de ne pas uriner depuis hier, mais la vessie est vide.

20 novembre. — L'anurie continue ; les vomissements sont redevenus très fréquents et surviennent toutes les demi-heures, nuit et jour. La malade sommeille continuellement, reste couchée sur le côté droit et se plaint de céphalée intense. Il existe un œdème assez marqué à la face, très peu marqué aux jambes.

Les pupilles sont légèrement dilatées.

La température est toujours élevée.

23 novembre. — L'état général continue à décliner ; la malade est plongée dans un état de torpeur dont on ne la tire qu'avec peine. L'anurie persiste complète et dure depuis dix jours.

A l'examen des hypocondres, on constate du côté droit une tumeur un peu douloureuse, mobile et qui semble être le rein augmenté de volume. Au toucher, on trouve un utérus énorme, immobilisé et qui remplit tout le bassin.

24 novembre. — Néphrostomie lombaire. Le rein droit est facilement trouvé et on le fixe par deux fils de soie. Incision de 2 centimètres à peine sur le bord convexe du rein, puis introduction d'une pince de Lister jusque dans le bassinet et écartement des deux branches de la pince : il s'écoule aussitôt un demi-verre d'urine non fétide. Drainage du bassinet au moyen d'une mèche de gaze iodoformée. Suture de la majeure partie de la plaie.

L'opération a duré un quart d'heure.

Suites opératoires des plus simples.

25 novembre. — La malade a vomi une seule fois, mais abondamment. Elle a uriné par la vessie toutes les heures. Le matin, nous trouvons 1/2 litre d'urine sanguinolente.

La température, qui était depuis plus de trois mois au-dessus de 38 degrés et depuis un mois aux environs de 40 degrés, est tombée ce matin à 37 degrés.

L'état général s'est amélioré et la malade n'est plus dans un état de torpeur aussi accentué que ces jours derniers.

Le pansement et les draps sont imbibés d'urine.

27 novembre. — Urine rendue par la vessie, 1/4 litre. Le pansement et le lit sont imbibés d'urine. Amélioration marquée ; plus de vomissements.

28 novembre. — Urine rendue par la vessie, 1/2 litre. Le pansement et le lit sont toujours imbibés d'urine comme les jours précédents.

L'amélioration continue : la malade demande à manger et prend du lait.

29 novembre. — Urine rendue par la vessie : 1 de litre. Hémorragie assez abondante qui nécessite un tamponnement.

30 novembre. — Urine rendue par la vessie : 1/4 de litre. L'urine s'écoule toujours abondamment par la plaie lombaire qui est en parfait état. Pas la moindre suppuration.

2 décembre. — *Statu quo.*

6 décembre. — La malade est abattue depuis deux jours et a un peu de température 38°5. Elle n'urine plus par la vessie.

La plaie lombaire donne issue à de l'urine trouble.

9 décembre. — L'urine qui sort par la plaie lombaire est rare et manifestement purulente. La plaie elle-même est en parfait état. La malade ne prend plus rien et sommeille continuellement.

12 décembre. — Mort dans le coma.

Autopsie. — L'autopsie montre le rein gauche atrophié et l'uretère très dilaté.

Le rein droit est quadruplé de volume et transformé en une éponge purulente. Pas de suppuration de la paroi.

Poumons un peu congestionnés à la base. Foie hypertrophié et gras. Rate normale. Cœur flasque et atrophié.

N.-B. — L'infection rénale a été secondaire, elle est due manifestement aux pansements et par suite aurait pu être évitée. La survie, par suite de cette complication, n'a été que de dix-neuf jours.

OBSERVATION XVI

(Legueu, *Leçons de clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu* p. 523 et suiv.)

Anurie d'un néoplasme utérin. — Néphrostomie.

Cette femme a cinquante et un ans et jouissait, il y a un an encore, d'une parfaite santé. Ses règles étaient régulières : elle avait eu 4 grossesses, la dernière en 1883 ; tout s'était bien passé et elle n'en avait conservé aucune trace fâcheuse, lorsqu'il y a quatre à cinq mois, elle constata quelques pertes de sang légères ; celles-ci se produisirent dans l'intervalle des règles — car malgré son âge elle était encore réglée — et alternèrent bientôt avec des pertes

blanches. L'écoulement devint alors séro-sanguinolent, c'était un écoulement roussâtre, d'odeur fétide.

Malgré cela, la santé restait bonne, la malade mangeait de bon appétit, elle ne maigrissait pas encore, mais son teint devenait un peu plus pâle.

Cette indemmité relative ne devait cependant que peu durer et depuis trois mois le mal s'aggrave avec une rapidité considérable.

Des douleurs vives, intermittentes, lancinantes, sont survenues ; elles se localisent dans le ventre, à droite et à gauche, s'irradient dans les cuisses et dans les lombes.

En même temps les besoins d'uriner deviennent plus fréquents, mais depuis quelques semaines, malgré ces besoins fréquents, la malade a remarqué que la quantité de ses urines diminuait et elle n'était plus dernièrement que de 1/2 litre par jour.

C'est pour ces diverses raisons, pertes de sang et douleurs que la malade entrait à l'Hôtel-Dieu le 15 juin dernier et était admise salle Notre-Dame, n° 21. A la voir avec sa figure amaigrie et pâle, avec son teint jaune paille, il n'était pas difficile de soupçonner un cancer en évolution. Et, dès qu'on s'approchait de son lit, une odeur spéciale, cette odeur qui ne trompe pas, nous indiquait que le cancer siégeait à l'utérus.

L'exploration devait hélas ! justifier ces suppositions. Le fond du vagin est envahi par une masse fongueuse, irrégulière, saignant au moindre contact et dans laquelle on reconnaît difficilement au premier abord les vestiges du col. Celui-ci est presque totalement envahi ou détruit. C'est un cancer végétant : tous les culs de sac sont pris, le droit comme le

gauche, la paroi antérieure comme la paroi postérieure sont infiltrées. Mais la vessie n'est pas encore ouverte et l'utérus fixé par l'infiltration cancéreuse se tient immobile, inabaissable au milieu de l'excavation pelvienne.

Il était donc inutile de discuter le traitement, dès mon premier examen, j'étais fixé. L'extension du néoplasme, l'immobilité de l'utérus, les douleurs ressenties par la malade, tout cela rangeait ce cancer dans la catégorie de ceux que l'on ne doit pas, que l'on ne peut pas opérer.

Mais depuis quelques jours, ainsi que je vous l'annonçais tout à l'heure l'oligurie prend, chez cette malade, des proportions inquiétantes. Dans ces trois derniers jours, la quantité des urines oscille entre 130 et 150 grammes.

Et l'analyse de ces urines montre leur faible teneur en produits excrémentiels : la quantité d'urée par litre est de 7 gr. 50, ce qui fait que 75 centigrammes seulement d'urée sont éliminés dans les vingt-quatre heures Les chlorures sont de 4 gr. 80 au litre ; il y a en outre une certaine quantité d'albumine.

En même temps, je constate dans la région lombaire et des deux côtés une tuméfaction importante des reins ; il n'y a donc plus de doute, une complication grave se prépare. Nous sommes en imminence d'anurie et déjà il y a insuffisance urinaire.

L'état général devient de plus en plus mauvais ; la malade a une complète inappétence, elle vomit le peu qu'elle prend, ses jambes sont enflées, sa pupille est rétréci. A ces signes, je reconnais l'urémie commençante, et si je ne fais rien, cette femme va mourir d'ici quelques jours.

Opération. — Elle est pratiquée le 9 juillet 1901, avec l'aide de M. Chevassu, interne.

J'injecte d'abord dans le troisième espace intervértébral lombaire 2 centigrammes de cocaïne.

La malade est couchée sur le côté gauche, et dix minutes après l'anesthésie est suffisante pour que je puisse commencer l'opération.

Incision lombaire classique, mais moins large que d'habitude.

Après ouverture de la couche musculo-oponévrotique, la graisse périrénale apparait ; au-dessus je vois le rein distendu. Je libère une faible partie de sa substance et je ponctionne au bistouri ; un flot d'urine sanglante s'échappe. Dans l'orifice du rein, je place une sonde de Pezzer qui entre librement et je ferme la plaie superficielle comme d'habitude, en laissant seulement l'orifice pour le passage de la sonde. L'opération a duré dix minutes.

L'urine s'écoula ultérieurement par la fistule, mais la quantité ne fut pas mesurée. Quelques grammes cependant passèrent par la vessie.

La malade supporta très bien le choc si minime de l'opération, mais la cachexie s'accentua rapidement et la mort survint au dixième jour.

OBSERVATION XVII

(G. Nanu, de Bucharest, XIII[e] Congrès international de médecine de Paris, 1900, section de chirurgie urinaire.)

Anurie au cours d'un néoplasme utérin. — Néphrostomie.

La femme avait un cancer avancé du col ; le corps de la matière était très volumineux et avait une surface irrégulière ; depuis quelque temps, oligurie, céphalée, nausées, etc... Enfin, bientôt elle eut une anurie complète qui a persisté pendant dix jours. Du côté des reins, il n'y avait pas de phénomènes appréciables de rétention.

J'ai décidé de lui faire une fistule rénale lombaire et j'ai choisi le côté gauche pour opérer, parce que la tumeur de l'utérus s'était développée surtout de ce côté.

J'ai trouvé le rein gros, hypérémié et long de 15 centimètres, mais en le sectionnant jusqu'au bassinet, je n'ai pas trouvé la moindre rétention urinaire ; il n'y avait pas de dilatation des calices et du bassinet.

Vers le soir, on retire de la vessie 40 grammes d'urine sanguinolente.

Depuis lors elle n'a plus eu la moindre goutte d'urine par l'urètre mais dès le lendemain les phénomènes urémiques ont disparu. La malade se sentait mieux et elle aurait été très contente si elle n'avait pas eu les douleurs causées par le néoplasme de l'utérus.

On voit que contrairement à ce qu'on aurait dû trouver, il n'y avait pas de rétention rénale, c'est-à-dire d'hydronéphrose. Cependant l'obstruction n'a pu être rapide, mais

lente. Cela serait en accord avec l'opinion de Donnadieu qui prétend qu'au début il n'y aurait pas hydronéphrose, mais une simple dilatation des tubuli.

J'ai suivi cette femme pendant cent treize jours à partir de l'opération. Après ce laps de temps des phénomènes de rétention auraient dû se montrer du côté non opéré ; or je n'ai rien observé de semblable. Le rein a conservé son volume normal et il n'était pas douloureux.

On le voit, en dehors de l'intérêt que cette néphrostomie peut avoir au point de vue de l'opportunité du traitement palliatif de l'anurie, elle a la valeur des expériences qu'on a fait pour élucider la pathogénie des rétentions rénales.

OBSERVATION XVIII

(*In* Eliot, Thèse de Paris, 1909-1911, obs. XIII.)

Néphrostomie pour anurie par néoplasme utérin.

Mme R...., soixante ans, entrè à l'hôpital Necker le samedi 8 janvier 1910 à 5 heures du soir. La malade raconte qu'elle n'a point uriné depuis 5 jours, si ce n'est quelques gouttes à peine. Et de fait une sonde introduite dans sa vessie ne ramène pas d'urine. Elle a de la céphalée, des vomissements, des crampes dans les mollets. En l'interrogeant, elle nous apprend qu'elle est soignée depuis quelques mois pour une affection utérine et qu'elle a des pertes roussâtres. Le toucher vaginal nous permet de constater en effet un néoplasme étendu du col utérin ulcéré, néoplasme ayant envahi les ligaments larges. Nous proposons aussitôt à la malade une

néphrostomie qu'elle accepte. Pendant qu'on prépare la salle d'opération, nous pratiquons un examen cystoscopique de la vessie de la malade. Toute la région du trigone est irrégulièrement soulevée, mais la muqueuse est intacte, seulement un peu rougeâtre. Les deux orifices urétéraux sont extrêmement œdématiés. Il est impossible de les cathétériser l'un aussi bien que l'autre.

Néphrostomie droite à 6 heures du soir. — Le rein droit est choisi comme étant le plus douloureux, comme étant aussi le plus perceptible à la palpation. Le rein est fortement congestionné. A l'incision du bassinet, modérément dilaté, une petite quantité d'urine jaillit avec une certaine force. Le parenchyme rénal est encore bien conservé ; drainage du bassinet. La secrétion urinaire s'établit aussitôt.

Le dimanche 9 janvier, à midi, la malade a émis par le tube du bassinet droit 1100 grammes d'urine sanguinolente contenant seulement 4 gr. 3 d'urée au litre. De plus, bien que la malade ait uriné sous elle, l'on peut, en la sondant, retirer de sa vessie 170 centimètres cubes d'urine claire contenant elle, 12 gr. 6 d'urée au litre. Il semble donc que le rein gauche, non opéré, veuille, lui aussi, se remettre à fonctionner. La malade se sent beaucoup mieux. Les vomissements et la céphalée ont disparu. Température 37 degrés.

10 janvier. — Rein droit néphrostomisé : 725 centimètres cubes d'urine sanglante, 8 gr. 8 d'urée au litre ; urine claire émise par la vessie : 750 centimètres cubes, 14 grammes d'urée au litre.

Mais la sécrétion du rein gauche périclite bientôt.

12 janvier. — Rein droit : 2050 centimètres cubes, urée au

litre 6 gr. 4 ; vessie : quantité 28 centimètres cubes, urée au litre 5 gr. 2.

A partir de ce moment plus une goutte d'urine ne passe par la vessie. La malade continue à émettre par son drain 1500 à 2000 grammes d'urine par jour, contenant de 5 à 7 grammes d'urée au litre.

Son état général s'améliore. L'appétit revient; vers la fin de février, elle commence à se lever. Elle quitte l'hôpital le 24 mars munie d'un appareil destiné à recueillir l'urine qui s'écoule de sa fistule lombaire. Son néoplasme continu à évoluer lentement. La malade d'après une lettre reçue par la surveillante du service vivait encore le 1er juin 1910, tout en se cachectisant progressivement.

20 juin. — La malade vit encore, mais depuis le début du mois, il s'est passé un fait nouveau, la fistule lombaire s'est fermée. La malade perd continuellement ses urines « par en bas ». A la faveur de l'ulcération néoplasique, une fistule vagino-urétérale a dû se constituer.

OBSERVATION XIX

(Aran, *Gazette des Hôpitaux*, 1860, p. 425-429.)

Cancer de l'utérus. — Compression des uretères. — Hydronéphrose consécutive. — Suppression de la sécrétion urinaire. — Accidents nerveux.

...Tel était l'état de notre malade lors du premier examen, les jours suivants apparut un symptôme qui put paraître extraordinaire à la plupart d'entre vous. On m'apprit un

matin à la visite que la malade avait eu du délire pendant la nuit. Toutefois ce délire apyrétique était calme et tranquille ; la malade ne poussait aucun cri, n'essayait pas de se lever ; elle se bornait à parler seule, presqu'à voix basse et ne dormait pas. En même temps son regard était inquiet et elle avait quelque chose d'égaré dans la physionomie. Elle n'avait ni convulsions, ni coma, ni paralysie.

En présence de ce symptôme vous m'avez vu porter sans hésiter le diagnostic suivant : Compression des uretères par le cancer, d'où obstacle au cours de l'urine, dilatation des uretères au delà du point comprimé, hydronéphrose consécutive, suppression de la sécrétion urinaire et par suite accidents nerveux analogues à ceux que les auteurs décrivent sous le nom d'urémie. Les urines, traitées par la chaleur et l'acide azotique, ne contenaient cependant pas d'albumine et la percussion pratiquée à la région lombaire ne me révéla aucune augmentation notable du volume des reins. Je n'en persistai pas moins dans mon diagnostic et je crus seulement que l'hydronéphrose était encore contenue dans d'assez étroites limites.

Si j'ai pu être aussi affirmatif, c'est que l'expérience m'a plusieurs fois appris que lorsqu'il se manifestait du délire, du coma ou des convulsions dans le cours d'un cancer de l'utérus, c'est qu'il existait un trouble de la sécrétion urinaire par suite de la compression des uretères au point où s'abouchent dans la vessie. . .

... Revenons enfin aux uretères et aux reins. Ces deux conduits à partir du point où ils pénétraient dans le bassin, en passant par derrière la tumeur que nous avons décrite en arrière du rectum, présentaient une dilatation considérable.

Le gauche avait atteint le volume du pouce et le droit celui de l'index. Leurs parois amincies étaient distendues par un liquide à peu près incolore ou très légèrement jaunâtre. Les deux bassinets avaient subi un développement proportionnel, ainsi que les calices, qui avaient amené par leur dilatation et la pression intérieure qu'ils faisaient subir au parenchyme des reins, une atrophie très notable du tissu propre de ces organes.

La double hydronéphrose que nous avons sous les yeux en ce moment n'est pas aussi accusée que je l'ai observé bien des fois. Il m'est arrivé dans d'autres circonstances de trouver les reins complètement détruits et convertis en un véritable kyste. Dans ce cas, les reins atteignaient généralement un volume plus considérable et la percussion pratiquée sur la région lombaire, donnait une matité exagérée qui pouvait beaucoup éclairer le diagnostic.

Si maintenant vous me demandez une explication de cette dilatation des uretères et de l'hydronéphrose, il me sera facile de vous la donner, en vous faisant remarquer que l'urine ne pouvant arriver librement dans la vessie, à cause de la compression exercée par la tumeur cancéreuse du bassin sur ces conduits, ceux-ci se sont dilatés au delà du point comprimé, de manière que bientôt aussi la pression s'est fait sentir à la face interne des calices et a amené ainsi l'atrophie des reins. Parallèlement à cette altération du parenchyme rénal, la sécrétion urinaire a été troublée, et l'élimination des résidus de la nutrition que ces organes sont chargés d'accomplir étant devenue incomplète, il s'est manifesté par leur accumulation dans l'économie les phénomènes du côté du système nerveux auquel les auteurs ont donné le

nom d'urémie, sur la nature et la cause desquels je me suis expliqué devant vous dans une de nos dernières réunions...

OBSERVATION XX

(*In* Fournier, *de l'Urémie*, thèse d'Agrégation, 1863, obs. I.)

Anurie au cours d'un néoplasme utérin.

A 10 heures du soir, une vieille femme amaigrie, cachectique passait devant l'hôpital Saint-Antoine, quand subitement elle tomba sans mouvement sur le trottoir. On la transporta aussitôt dans mon service. Tous ses membres sont dans une résolution complète ; les traits de la face qui est d'une pâleur extrême ne sont pas déviés et l'on ne constate de paralysie ni d'un côté ni de l'autre du corps ; les pupilles sont également dilatées et insensibles à l'action de la lumière. Il est impossible d'obtenir aucune réponse. La malade retire les membres et laisse entendre quelques mots inintelligibles, quand on la pince. La respiration est bruyante, stertoreuse ; le pouls très lent, bat environ cinquante fois par minute. Quelques heures après la malade succombe. Le lendemain, à l'amphithéâtre, on pratique le toucher vaginal, qui fait d'abord reconnaître un cancer énorme de l'utérus remplissant toute la cavité pelvienne. Puis à l'ouverture de l'abdomen, nous trouvons les deux uretères comprimés à leur entrée dans la vessie par la tumeur utérine et considérablement distendus au delà du point où siégeait la compression. Ils ont l'un et l'autre le volume d'une anse d'intestin grêle et les deux reins complè-

tement détruits, sont convertis en une espèce de coque fibreuse.

OBSERVATION XXI

(*In* Aumont. Thèse de Paris, 1895. Obs. I.)

Anurie au cours d'un néoplasme utérin. — Urétérostomie par M. Le Dentu.

C'était une femme de trente-trois ans, à laquelle M. Régnier avait pratiqué au mois de septembre l'hystérectomie totale par le vagin pour un cancer de l'utérus. Une récidive rapide sous forme de masses sous-péritonéales, avait amené l'obstruction des deux uretères, par compression concentrique.

Depuis le 16 janvier 1889, la miction s'était suspendue. Des vomissements incessants étaient l'indice d'un empoisonnement urineux avancé. Le mercredi 23 janvier, une semaine après le début de l'anurie, je procédai à l'opération suivante : grande incision oblique du flanc gauche et mise à nu de l'uretère dans la fosse iliaque jusqu'au point où se croisent les vaisseaux utéro-ovariens. Dilaté par l'urine, il apparaît au fond de la plaie sous la forme d'un cordon cylindrique d'un gris opalin, d'environ 7 à 8 millimètres de diamètre. Après l'avoir isolé avec précaution, je place en travers deux pinces hémostatiques le plus bas possible et je coupe le conduit entre ces deux pièces avec des ciseaux.

Je ramène alors tout le tronçon supérieur, long d'environ 9 centimètres vers la partie la plus élevée de la plaie abdominale et je l'y fixe par 4 points de suture au crin de Florence. Drainage de la fosse iliaque. Sutures perdues des

muscles et des couches sous-cutanées. Un tube de caoutchouc non fenêtré, engagé dans l'uretère, conduit l'urine à travers le pansement dans un urinal placé à côté de la malade.

Je recueille séance tenante une certaine quantité de ce liquide.

Dès le premier jour la sécrétion urinaire se rétablit ; au bout de deux jours, la quantité d'urine émise était de 1300 grammes.

Cependant malgré une apyrexie complète, malgré une excrétion d'usée suffisante ; une diarrhée abondante, due sans doute à l'irritation intestinale par les masses cancéreuses qui l'enveloppent, affaiblit graduellement la malade.

Elle succombe au bout de treize jours.

A *l'autopsie*, je trouvai le petit bassin envahi par des masses encéphaloïdes. La veine cave était seulement aplatie, non oblitérée, mais les deux veines rénales étaient presque complètement obstruées par un caillot dont la formation remontait sans doute à deux ou trois jours, car depuis deux ou trois jours, la sécrétion urinaire s'était ralentie puis de nouveau suspendue.

Examen histologique des reins. — Les deux reins présentent à l'œil nu, un aspect absolument analogue, ils sont petits, à surface lisse, légèrement adhérents à la capsule. A la coupe, les deux substances paraissent saines et conservent leur volume respectif. Le bassinet et les calices présentent une surface interne lisse, non congestionnée ; leurs parois ne sont pas épaissies. Au microscope il existe des deux côtés des lésions d'ancienne sclérose disséminée, et en outre, du côté opéré, un foyer cortical d'inflammation récente.

Les lésions communes aux deux reins sont surtout marquées dans la substance corticale ; elles consistent en une abondance anormale du tissu conjonctif interposé aux tubes urinifères. Un grand nombre de glomérules sont dilatés, l'espace qui sépare le bouquet vasculaire de la capsule est agrandi et cette dernière se trouve épaissie par l'adjonction de couches feuilletées de tissu conjonctif : quelques très rares glomérules sont tout à fait fibreux.

Les vaisseaux de la voûte sus-pyramidale sont atteints de péri et d'endartérite. Les reins ayant été examinés trop tardivement après la mort, on ne peut faire une bonne étude des épithéliums qui sont en grande partie desquamés, surtout dans la substance corticale. Du côté du rein opéré on voit en outre des lésions communément décrites, un petit foyer de tissu embryonnaire intertubulaire et périglomérulaire ; à son niveau, l'épithélium des tubes contournés paraît plus altéré que dans les autres portions. Rien à noter dans la substance médullaire dans laquelle on ne distingue aucun foyer d'inflammation récente. Les deux bassinets sont sains, sauf la desquamation épithéliale post-mortem.

L'examen bactériologique permet d'affirmer l'absence de microcoques pyogènes.

En résumé, les deux reins sont atteints de lésions anciennes de sclérose peu avancée ; la dilatation des glomérules témoigne en outre d'une gêne mécanique dans l'écoulement de l'urine qui est survenue quand les uretères se sont trouvés englobés.

Dans le rein du côté opéré la substance costicale contient un foyer embryonnaire qui, étant donnée l'intégrité de la substance médullaire paraît dépendre d'une lésion descen-

dante par élimination circulatoire. Il n'existe pas de pyélonéphrite ascendante infectieuse en dehors de la sclérose.

OBSERVATION XXII

(Jaboulay, *Gaz., hebd. de méd. et de chir.*, 1902, p. 488.)

Anurie au cours d'un néoplasme utérin. — Urétérostomie.

B. M..., âgée de cinquante-trois ans, atteinte de cancer utérin avec anurie datant de huit jours ; l'uretère fut découvert du côté gauche après incision suivant le bord externe de la masse sacro-lombaire ; une ponction fut pratiquée dans le canal dilaté : de l'urine s'écoula aussitôt ; l'uretère fut suturé à la peau. La sécrétion urinaire se rétablit le jour même ; le lendemain, l'état s'était un peu amélioré. La mort survient deux jours après l'opération.

Autopsie. — Les deux reins étaient petits et atrophiés ; les bassinets très dilatés.

OBSERVATION XXIII

(Jaboulay, *in*, Laborsne. Thèse de Bordeaux, 1898-1899. Obs. II.)

Anurie au cours d'un néoplasme utérin. — Urétrostomie.

Une femme de cinquante-trois ans, née à Uchizy, entra salle Saint-Paul, n° 30, le 9 juin 1892. Elle fut apportée à midi et demi au moment où le service des opérations etait

terminé. Son état paraissait grave, elle fut examinée par nous séance tenante. C'était une femme qui présentait de l'œdème des paupières, de la face et des membres inférieurs. Elle ne répondait à peu près rien et nous ne pûmes dans notre interrogatoire lui arracher que ces paroles : « Je n'ai pas uriné depuis huit jours ». A l'instant j'eus le pressentiment que nous étions en face d'un cancer utérin, car le ventre était flasque, non distendu et sans saillie sus-pubienne globuleuse. Je fis immédiatement le toucher vaginal et constatai en effet un cancer du col ulcéré. Une sonde introduite dans la vessie ne ramena que quelques gouttes épaisses et troubles.

Il y avait urgence à agir, j'affirmai qu'il y avait envahissement des uretères par le néoplasme, que ceux-ci étaient distendus par l'urine accumulée au-dessus de l'obstacle, et je décidai, malgré l'heure avancée, de faire le méat urétéral lombaire, mais du côté gauche seulement, réservant la même opération pour l'autre côté au cas d'une amélioration et d'une survie.

La malade fut portée sur le lit d'opération et soigneusement désinfectée dans la région lombaire. L'état général contre-indiquait une anesthésie régulière, quelques gouttes d'éther seulement furent administrées pour produire l'obnubilation, puis l'opération commença.

Le long du bord externe de la masse sacro-lombaire, je fis rapidement une incision cutanée de 10 centimètres environ. Ce fut le seul temps qui éveilla quelque douleur, puis l'incision des aponévroses fut faite et j'arrivai dans le tissu cellulaire rétro-péritonéal.

L'index gauche plongé dans la plaie fut dirigé du côté de

la colonne lombaire, et en revenant des corps vertébraux il rencontra un cordon mou, dépressible, sans pulsations, paraissant être gros comme le doigt et l'attira au dehors : c'était bien l'uretère. Une ponction au bistouri en fit sortir un jet d'urine qui fut projeté à une hauteur de 30 à 40 centimètres. Puis l'orifice fut agrandi et une ouverture de 2 centimètres de long environ fut pratiquée à ce conduit. Il était suffisamment élastique pour pouvoir être attiré jusqu'aux téguments et maintenu en face d'eux par une sonde cannelée. Une suture circulaire fut établie et un drain de petit volume placé et fixé dans le bout supérieur du conduit. La sonde cannelée enlevée, l'uretère se réduisit, entraînant et invaginant la peau qui lui était fixée. Il semblait que la traction était trop forte et que nous aurions peut-être mieux fait de sectionner transversalement le conduit en fixant isolément en dehors le bout supérieur et le bout inférieur.

Dans la soirée, l'urine s'écoula par le méat artificiel en quantité telle que le personnel hospitalier dut changer quatre fois les alèzes. A quatre heures, la température était de 36°5.

L'émission urinaire continua toute la nuit et le lendemain. La température resta au-dessous de la normale.

10 juin. — La malade se trouva un peu mieux, la température est à 37 degrés, mais l'œdème des paupières et des membres inférieures n'a pas diminué.

L'urine suinte toujours par l'orifice urétéral.

11 juin.— L'état étant stationnaire, je pensai que la décharge d'un seul côté n'était pas suffisante et je fis un méat urétéral droit.

Pour n'avoir pas à coucher la malade sur le côté gauche et à l'y maintenir un temps trop long, sur la gravité de son

état, je fis cette opération para-péritonéale en employant à peu près la même incision que dans la néphrectomie de ce nom, cependant plus reculée. A l'aide de tractions l'uretère put être attiré à la peau où il fut fixé, puis ponctionné, fistulisé et drainé. L'urine s'écoula immédiatement, mais le soir la température était montée à 39°5, le lendemain elle atteignait 40 degrés.

14 juin. — Tout écoulement paraissait tari. Température 40°2.

15 juin. — La malade mourait à 4 heures du soir au moment où on la mettait au bain pour la première fois.

Autopsie. — Les reins apparurent petits et atrophiés dans la substance corticale surtout. En revanche, les bassinets étaient longuement dilatés, mais vides d'urine ainsi que les uretères. Bien que l'examen histologique n'ait pas été pratiqué, nous pouvons dire qu'il y a eu néphrite double, consécutive à l'opération et ayant évolué rapidement sur un terrain prédisposé à l'inflammation par la maladie antérieure.

OBSERVATION XXIV

(MM. Pasteau et Gartner, *in* Uteau, thèse de Paris, 1902-1903. obs. XXXVIII.)

Anurie au cours d'un néoplasme utérin. — Néphrostomie.

L..., Amélie, âgée de quarante-huit ans, entre à la salle Largier, n° 1, service de M. le professeur Guyon, le 23 novembre 1902.

Il y a deux ans, cette malade, âgée alors de quarante-six ans, constata dans l'intervalle de ses règles, des pertes de

sang qui l'obligèrent à garder un repos complet au lit pendant six semaines, les accidents s'amendèrent et les règles redevinrent normales ; mais, peu de temps après, de nouveau les pertes rouges abondantes reparurent en même temps qu'un amaigrissement notable. La malade consulte alors, au mois d'avril 1902, un médecin qui trouve un néoplasme utérin déjà propagé au petit bassin.

Il existe des douleurs de compression le long des cuisses et des mollets, vives et presque continuelles, sur lesquelles la morphine à haute dose a seule prise.

Le 19 novembre 1902, sans aucun phénomène prémonitoire, la malade cesse d'uriner. Elle avait cependant remarqué, depuis un temps qu'elle ne peut préciser, qu'elle urinait un peu moins dans les 24 heures.

Elle ne s'alarme pas de son état et ne fait prévenir son médecin que trois jours après, le 22 novembre.

Le médecin essaie de la sonder, mais, ne retirant pas d'urine, croit qu'il n'a pas pénétré dans la vessie et que l'urètre lui même est comprimé par le néoplasme. Il vient avec la malade, le 23 novembre à Necker.

La malade, qui n'a pas uriné depuis quatre jours pleins, est parfaitement calme et ne s'inquiète de rien. La respiration est normale, les pupilles légèrement contractées, le pouls tendu, à 80. Elle a la teinte jaune paille d'une cancéreuse avancée ; pas d'œdème même localisé. La température est de 38°2.

La vessie n'est pas sentie à l'hypogastre, qui est absolument souple et plat, facile à palper. Une sonde béquille n° 20 pénètre avec une grande facilité dans la vessie et ne ramène pas une goutte d'urine. Le toucher vaginal fait reconnaître

e néoplasme utérin dur, volumineux, infiltré partout, rem-
lissant tout le petit bassin, immobile, mais peu ulcéré et
eu suintant. Les régions lombaires sont l'une et l'autre le
ège de la pesanteur, de douleurs spontanées, vagues,
ourdes, pas très vives. Les deux fosses lombaires sont
ouples, non tendues, et la palpation bi-manuelle permet de
entir les deux reins. Le rein gauche ne laisse sentir que son
xtrémité inférieure, mobile, régulière, non tendue, non
ouloureuse. Le rein droit est senti dans les deux tiers infé-
eurs ; il est beaucoup plus volumineux que le rein gauche,
égulier, de consistance plus ferme, mobile et non doulou-
eux à la pression.

Etant donné le volume beaucoup plus considérable du
ein droit, étant donné surtout que par le toucher vaginal
n trouve la moitié droite de la vessie présentant une sensi-
ilité à la pression qui n'existe pas à gauche et qui ne paraît
as expliquée par une lésion spéciale de cette moitié vési-
ale, on se détermine à pratiquer une néphrostomie sur le
ein droit.

L'opération est pratiquée d'urgence à 3 heures et demie
e l'après-midi. Opérateur : M. Pasteau ; aide, M. Gartner ;
nesthésie chloroformique, M. Lafoy. Incision oblique très
ongue ; le rein est rapidement mis à nu. Il est très volumi-
eux, présentant presque deux fois le volume normal, de
ouleur rouge vineux.

Une incision de 7 centimètres est pratiquée au bistouri sur
bord convexe, pendant que l'aide comprime le pédicule.
a section du rein détermine un écoulement de sang noi-
âtre très abondant, beaucoup plus abondant qu'à l'ordinaire.
n arrive très facilement dans le bassinet, qui n'est pas

dilaté et contient à peine une dizaine de grammes de liquide non purulent mais ce liquide est contenu sous une pression assez forte pour qu'au moment de l'incision, il jaillisse jusque sur l'épaule droite de l'opérateur. Un gros drain est placé dans le bassinet et sort par l'extrémité inférieure de la plaie rénale ; des points de catgut en deux étages ferment au-dessus de lui la substance rénale.

Un drain extra-rénal est placé au niveau de l'extrémité inférieure de la plaie. Le rein lui-même est fixé à la branche musculo-aponévrotique de la paroi par deux points de catgut placés en anse, suivant le procédé de M. Guyon. Réunion partielle au catgut du plan musculo-aponévrotique et au crin du plan cutané.

L'opération dure en tout moins d'un quart d'heure. La malade a pris une quinzaine de grammes de chloroforme.

Le soir même, le pansement est inondé d'urine et, à partir de ce jour, il est changé matin et soir ou plus souvent. La miction par l'urètre ne se rétablit pas et la vessie reste toujours vide.

La température qui, en trois jours, est tombée à 36°9 se maintient ensuite irrégulière entre 37 et 38°5.

12 décembre. — Sans cause, on s'aperçoit à 5 heures du soir que le pansement est traversé de sang.

En défaisant le pansement, on constate qu'il existe une hémorragie très abondante se faisant par le drain, on introduit autour du drain une mèche de gaze stérilisée pour tamponner et on fait un pansement ouaté assez serré. Injection sous-cutanée de sérum artificiel. L'hémorragie s'arrête. Sauf cet incident, il n'y a rien à noter d'important dans l'évolution ultérieure de la maladie.

La malade, qui s'était remise très rapidement de sa néphrostomie et qui, dès le quatrième jour, s'asseyait sur son lit, continue à maigrir en même temps que les douleurs deviennent de plus en plus vives dans les membres inférieurs et le petit bassin.

La température, à partir du 13 janvier, devient plus irrégulière et monte, de temps en temps, le soir, vers 39 degrés. La cachexie augmente, sans qu'il y ait eu jamais le moindre accident du côté de la plaie. Toujours le drain rénal a continué à fonctionner de la même manière, donnant nuit et jour de l'urine goutte à goutte. Finalement, le 12 février 1903, la malade, absolument *in extremis*, est emmenée par sa famille.

OBSERVATION XXV

(Poncet et Patel, *Revue de Chirurgie*, 1901, n° 80).

Anurie au cours d'un néoplasme utérin. — Néphrostomie.

Mme A..., âgée de soixante-trois ans, se présente à l'examen de M. le professeur Poncet, au mois d'octobre 1898, pour des douleurs anales extrêmement fortes, survenant au moment de la défécation principalement.

En 1896, elle avait été soignée pour des phénomènes de métrite (hémorragies, pertes fétides, amaigrissement rapide).

En 1898, l'amaigrissement avait continué, les troubles rectaux étaient alors apparus.

29 août. — Première hématurie abondante, ayant duré un jour.

6 septembre. — Deuxième hématurie (trois jours).

9 septembre. — Troisième hématurie avec douleurs urétrales très fortes.

16 septembre. — La malade est vue par M. le Dr A. Pollosson, chirurgien de la Charité : il constate un néoplasme utérin sans généralisation à la vessie ; les hématuries furent attribuées à une congestion rénale.

17 septembre. — Quatrième hématurie.

Au début d'octobre 1898, les douleurs rectales réapparurent, la malade dit avoir la sensation d'un abcès rectal ; le toucher rectal demeure négatif.

12 octobre — Nouvelle hématurie, le rein droit est volumineux et douloureux.

25 octobre. — Nouvelle hématurie.

3 novembre. — Sous anesthésie, M. le professeur Poncet pratique une dilatation forcée du rectum ; cette opération fut suivie d'une longue période de soulagement.

9 décembre. — Anurie survenue brusquement ; le cathéter montre que la vessie est vide ; le rein droit est volumineux et douloureux ; le rein gauche également.

10 décembre. — *Néphrostomie d'urgence*, par M le professeur Poncet ; les deux reins sont douloureux, hypertrophiés ; le rein gauche étant le plus volumineux est choisi.

Le rein est sectionné dans la profondeur sur son bord convexe, sans être attiré au dehors ; à l'incision du bassinet, il s'écoule une quantité considérable d'urine. Un drain est placé à l'intérieur de la plaie et fixé aux bords de la plaie.

Suites opératoires simples,

L'état général se relève ; l'écoulement de l'urine se fait bien.

La malade succombe seulement le 17 mars 1899, sans que les phénomènes urémiques aient réapparu, aux progrès seuls de la cachexie cancéreuse.

OBSERVATION XXVI

(Legueu, *Leçons de clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu*, Paris, 1901, obs. III.)

Anurie au cours d'un néoplasme utérin. — Néphrostomie.

Le 27 juin 1899, j'étais appelé à Versailles par mon confrère le Dr Milon, auprès d'une malade atteinte de cancer inopérable de l'utérus. Depuis cinq jours, elle était anurique : l'anurie était survenue brusquement et la malade ne présentait aucune trace d'urémie. Il n'y avait pas d'œdème, la pupille n'était pas rétrécie, il n'y avait aucun malaise ; la tolérance était parfaite. Les deux reins se sentaient, ils avaient un volume à peu près égal, débordant de trois travers de doigt les fausses côtes de chaque côté. Du côté droit, il n'y avait pas de douleurs à la palpation ; mais du côté gauche, le rein était un peu sensible.

La malade était âgée de quarante-deux ans ; elle était au courant de sa situation, elle savait qu'elle était atteinte d'un cancer, que sa maladie était incurable, que ses jours étaient comptés. Mais aussi elle était mère de famille, elle avait besoin de vivre encore quelque temps et elle nous demandait de différer au besoin par une opération l'issue fatale dont elle se sentait menacée à brève échéance.

L'opération fut pratiquée séance tenante ; je choisis le rein

gauche parce qu'il était douloureux ; c'était pour moi l'indice que le rein venait d'être brusquement troublé dans son excrétion, qu'il était le dernier atteint, c'est-à-dire le moins lésé.

Une incision lombaire pratiquée sous l'anesthésie chloroformique me permit de mettre à nu le bord externe du rein gauche. Je le reconnus facilement : il était dilaté, mais une bonne épaisseur de parenchyme était encore conservée. Je le ponctionnai au bistouri et introduisis un drain dans l'orifice que je fixai à la peau. Au moment où le rein fut ouvert, une certaine quantité d'urine s'échappa du bassinet.

Ultérieurement, le drain fonctionna régulièrement et chaque jour une quantité d'urine dont je n'ai pu avoir la valeur numérique, s'écoula par le drain.

A plusieurs reprises, notamment dès le lendemain de l'opération, quelques grammes d'urine passèrent par la vessie et l'uretère ; cette urine venait probablement du rein opéré dont l'uretère conservait, ou retrouvait de temps en temps une perméabilité d'occasion.

Cette malade fut opérée le 27 juin 1899 ; elle mourut le 27 novembre de la même année, soit cent cinquante jours après l'opération.

OBSERVATION XXVII

(Debove et Dresfous, *Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 1879, p. 95).

Anurie au cours d'un néoplasme utérin.

P... Françoise, soixante-dix ans, domestique, entre le 25 août 1879 à la salle Sainte-Jeanne, dans le service de

la clinique de M. le professeur Sée (suppléé par l'un de nous).

Cette femme, robuste pour son âge, a toujours joui d'une bonne santé ; elle n'aurait eu d'autres maladies qu'une rougeole et une fièvre typhoïde dans l'enfance, et, plus tard un ictère probablement catarrhal.

Depuis cinq ou six mois, elle a des douleurs vagues, mal localisées et qui ne l'ont d'abord pas empêchée de continuer son travail. Depuis quinze jours. elles ont augmenté d'intensité ; elles siègent tantôt à la région des lombes, tantôt aux membres inférieurs. Jamais de vomisssements alimentaires ou bilieux ; jamais de gravier rendu pendant ou après les crises douloureuses.

C'est dans la semaine qui précéda son entrée à l'hôpital qu'apparut pour la première fois un symptôme capital, l'anurie. Elle ne fut pas d'emblée définitive ; la malade, après être restée trois ou quatre jours sans uriner, vit reparaître l'urine le 23 août, dans la matinée ; mais depuis le 23, l'anurie a été complète et persiste le 25 août, jour de son entrée à l'hôpital.

A cette date, on constate que la région hypogastrique ne présente aucune matité à la percussion et le cathétérisme permet de reconnaître que la vessie ne contient pas une goutte d'urine. Il ne s'est encore produit aucun autre phénomène morbide. Les téguments offrent une teinte légèrement jaunâtre surtout marquée à la face. La malade dit avoir maigri dans ces derniers temps ; mais elle n'a pas l'aspect cachectique ; c'est avec soin qu'il faut presser du doigt les parties molles qui recouvrent la face interne du tibia pour y déterminer une très légère dépression.

Depuis une quinzaine de jours, l'appétit a diminué : la langue est couverte d'un enduit grisâtre ; il n'y a pas de vomissements et les selles sont régulières. L'examen direct du cœur, des poumons, du foie ne révèle aucune lésion : le pouls est régulier (84 P.).

Du 25 au 31 août, aucun trouble apparent ; les seuls faits à noter sont les suivants :

1° La température axillaire s'abaisse et varie de 36° 9 à 37 degrés ;

2° L'haleine est infecte. « Je m'empoisonne » dit la malade. Elle compare ce goût qu'elle a constamment dans la bouche à celui du « poisson pourri ». L'appétit est nul.

31 août (huitième jour de l'anurie). — Les accidents urémiques commencent à apparaître, ce sont des nausées, des efforts violents pour vomir, suivis de l'expulsion d'une cuillerée de liquide aqueux et d'autre part, des envies fréquentes d'aller à la selle, souvent sans résultat. D'ailleurs, aucun trouble nerveux autre qu'une lourdeur de tête qui persiste depuis les premiers jours de la maladie. Température matin, 36° 4 ; soir 36° 8.

Traitement. — Eau-de-vie allemande, 15 grammes : puis lavement purgatif.

1er septembre (neuvième jour de l'anurie). — Nouveau purgatif suivi de garde-robes et de vomissements. Température le matin 36° 4 ; soir, 36° 4.

2 septembre (dixième jour de l'anurie). — Selles fétides, glaireuses ; vomissements bilieux. La malade se découvre presque constamment ; elle a une sensation de chaleur qui contraste avec le refroidissement des mains et l'abaissement

de la température axillaire. Température, matin 36° 5 ; soir 36° 6.

3 septembre (onzième jour de l'anurie). — Même état, la constipation persiste ; nouveau purgatif. Température, matin 36° 5. Pouls 80. Urée dans le sang, 2 gr. 64 pour 1.000 gr.

4 septembre (douzième jour de l'anurie). — Insomnie presque complète dans la nuit du 3 au 4. La diarrhée consécutive à l'administration du purgatif a continué toute la nuit et même les selles sont presque constamment involontaires. L'odeur fétide de l'halcine a reparu. Température, matin 36° 5 ; soir 36° 8. Pouls 100.

Inappétence absolue, la malade ne prend même pas de lait. Dans la journée, elle a un peu vomi, n'a pas eu de diarrhée.

5 septembre (treizième jour de l'anurie). — Même état, somnolence plus marquée encore ; la malade reste sur son lit à moitié assise, la tête reposant sur les oreillers (car elle est trop faible pour se soutenir seule), les paupières à demi-closes ; elle ne sort de cet état de stupeur que pour gémir, ou pour faire des efforts de vomissements, ou enfin pour demander un peu d'eau sucrée, qui seule corrige pour un instant le goût horrible qui ne cesse de l'incommoder. L'intelligence est toujours intacte, mais le moral est très abattu. Pas de vomissements le matin ; pas de selle ; le pouls est irrégulier, petit. Température matin 36° 3 ; soir 37° 2. Pouls matin 112 ; soir 88.

6 septembre (quatorzième jour de l'anurie). — La somnolence persiste, surtout le soir ; les vomissements bilieux reparaissent, mais sont peu abondants ; l'affaiblissement va en augmentant. Le pouls est encore intermittent ; la respi-

ration est régulière. Température matin 36° 3 ; soir 37° 1. Pouls matin 80 ; soir 88.

Un nouveau symptôme apparaît : c'est un écoulement de sang par le vagin ; les linges sont tachés par du sang rouge presque pur, sans odeur et sans mélange d'urine.

7 septembre (quinzième jour de l'anurie). — Les vomissements bilieux sont moins fréquents : le pouls paraît être moins irrégulier ; constipation ; lavement purgatif. Température matin 36° 5, soir 36° 9. Pouls matin 108 ; soir 120.

8 septembre (seizième jour de l'anurie). — La nuit a été détestable ; la malade éprouve un malaise des plus pénibles et se plaint incessamment ; les pertes de sang n'ont pas persisté. Température, matin 36 degrés ; soir 36 degrés. Pouls matin 100 ; soir 108.

9 septembre. — Les pertes de sang reparaissent ; l'affaiblissement s'accuse de plus en plus ; la stupeur devient un véritable état semi-comateux. Pour la première fois les urines reparaissent ; les linges sont salis non seulement par du sang, mais par un liquide d'odeur urineuse.

Nouvelles application de ventouses scarifiées. Le sang ainsi obtenu contient pour 1.000 grammes ; urée 4 gr. 04. On examine au même point de vue les garde-robes, et on trouve dans les fèces pour 1.000 grammes : urée 0 gr. 139. Température, matin 35° 4 ; soir 36 degrés. Pouls, matin 108, soir 112.

10 septembre. — Nausées, vomissements ; la malade s'était plainte d'un point de côté, on applique deux ventouses scarifiées ; le sang est recueilli et analysé. On y trouve pour 1.000 grammes : urée 3 gr. 989. Température, matin 35° 7 ; soir 35°8. Pouls, matin 108 ; soir 108.

11 septembre, matin. — On peut pour la première fois, retirer, en sondant la malade, environ 150 grammes d'urine, Nouvelles applications de ventouses; le sang analysé contient pour 1.000 grammes : urée 4 gr. 186 ; l'urine 8 gr. 50. Les vomissements bilieux et la somnolence persistent malgré le retour des urines.

Soir : notre malade a eu dans la journée une épistaxis légère ; elle ne se nourrit pas et si elle essaye de prendre quelque aliment, elle le vomit. Pas de selles.

Les linges sont salis par une très petite quantité de sang.

Température, matin 34°8; soir 35°9. Pouls, matin et soir 100.

12 septembre. — Même état ; la somnolence est peut-être un peu moindre ; l'épistaxis est renouvelée.

La malade a uriné spontanément et l'on trouve encore de l'urine dans la vessie par le cathétérisme. Anorexie, constipation, nausées, nouvelle épistaxis. Température, matin 35°4 ; soir 36°3. Pouls, matin 108; soir 120. Nouvelle application de ventouses. scarifiées. Le sang contient pour 1000 grammes : urée 4 gr. 441 ; l'urine 10 gr. 75.

13 septembre, matin. — La nuit a été mauvaise,la malade crie presque sans cesse : pour diminuer ses souffrances, elle appuie le front sur les oreillers et prend les attitudes les plus bizarres. Depuis hier, elle n'a pas eu de vomissements ; elle urine sous elle ; on obtientencore de l'urine en la sondant. Température, 37 degrés. Pouls, 104.

Soir, la malade paraît moins souffrante, moins hébétée ; elle a pu prendre un peu de lait sans le vomir ; pas d'épistaxis. Température, 37°8. Pouls 120.

Pas d'écoulement de sang par le vagin. Depuis le moment

où elle a uriné, les personnes qui la soignent trouvent qu'elle n'exhale plus une odeur aussi fétide.

Les analyses chimiques montrent que le sang contient moins d'urée et que l'urine en contient davantage. Sang: Urée, 3 gr. 90, urine : 12 grammes.

14 septembre, matin. — Même état. La malade a pu prendre du bouillon cette nuit, mais elle a un peu vomi. Ce matin, elle demande à boire sans cesse et ne veut prendre que de l'eau. Son aspect général a changé ; la face est amaigrie, le teint jaune. Température, matin 37°5 ; soir 38°5. Pouls, matin 124; soir 128. Les analyses chimiques donnent : Sang : urée, 2 gr. 62 pour 1000 grammes.

Urine : poids 148 grammes : urée 15 grammes pour 1000 grammes.

15 septembre, matin. — Notre malade a pu boire du lait, du bouillon, n'a pas vomi, continue à uriner. Sa température s'élève, l'auscultation ne donne que des résultats négatifs. Température. 38°5. Pouls, 128.

Soir, la somnolence est continue et profonde. Température, 39°5. Pouls, 140. Une selle liquide et jaune ; pas de vomissements, pas d'hémorragie : la quantité d'urine rendue est moindre qu'il y a quelques jours.

Urine : Poids 140 grammes ; urée 9 gr. 50.

16 septembre, matin. — Agonie, pouls filiforme, fuyant, extrémités froides. Température, 38 degrés. Pouls, 112.

Avant la mort, on peut encore recueillir du sang et des urines dont voici la composition.

Sang: urée 3 gr. 03.

Urine: Poids 750 grammes. Urée 14 gr. 50.

Autopsie faite vingt-cinq heures après la mort. — Cancer

du col de l'utérus. Vessie petite, revenue sur elle-même, absolument vide, ne contenant aucun calcul. Parois intactes. Aucune altération de l'embouchure des uretères. Mais en cherchant avec le doigt, on sent, à travers l'épaisseur de la paroi vésicale, un peu à gauche de l'uretère droit, un noyau dur, du volume d'une noisette et sur lequel nous aurons à revenir, on ne sent rien de pareil au voisinage de l'uretère gauche.

Uretère droit très dilaté : il présente à peu près le volume de l'intestin grêle ; sa couleur est rouge très foncé, un peu noirâtre, très distendu par un liquide accumulé dans sa cavité : on recueille ce dernier ; sa quantité est de 250 gr. ; il est rouge brun, sanglant, de réaction acide très albumineuse et renferme 7 gr. 70 d'urée pour 1000 grammes.

En incisant sur la sonde cannelée l'uretère jusqu'à son orifice vésical, on trouve ses parois absolument saines ; aucun obstacle, ni cavitaire, ni pariétal, n'empêche un stylet très fin de pénétrer dans la vessie ; et cependant, on ne pouvait pas, par une pression de haut en bas (pratiquée avant l'ouverture de l'uretère) faire refluer dans la cavité vésicale une seule goutte du liquide contenu dans l'uretère droit.

Calices et bassinet: les calices et le bassinet dilatés forment une tumeur fluctuante assez volumineuse pour y loger le poing ; la muqueuse qui tapisse la face interne de cette poche est rouge plus foncé et ecchymotique par places.

Le rein droit est pâle, mou, offre à sa surface des taches hémorragiques. Sur une coupe verticale, on distingue la substance corticale atrophiée, et à la limite des substances corticale et médullaire, dans la zone dite limitante, des cercles rouges de nature hémorragique entourant les pyramides à leur base.

Pas de calcul en aucun point du rein.

Uretère gauche plus petit que le droit ; il est cependant du volume du petit doigt, de couleur blanche. On l'incise : il s'écoule 4 grammes d'un liquide purulent contenant des cellules épithéliales des uretères, des hématies et 8 grammes d'urée pour 1000 grammes.

En aucun point on ne trouve de calculs, ni d'altération des parois de l'uretère.

Le rein gauche est œdématié, volumineux, pâle, décoloré, mou et comme fluctuant.

A la coupe, il est diffluent et l'on constate alors que l'augmentation de volume porte surtout sur la substance corticale (2 à 3 centimètres de hauteur, selon les points).

Hémorragies punctiformes dans la substance corticale ; les points hémorragiques siègent surtout à la base des pyramides.

Liquide des plèvres renferme 4 gr. 459 d'urée pour 1000 grammes.

Cerveau contenant 1 gr. 727 d'urée pour 1000 grammes.

OBSERVATION XXVIII

(Legueu, *Leçons de clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu*, 1901.)

Anurie au cours d'un néoplasme utérin (2e obs.)

Dans un service de médecine où j'étais interne, il y a quelque douze ans, une femme d'une trentaine d'années était soignée pour anémie ; son teint jaune paille, la décoloration des conjonctives, les signes cardio-pulmonaires, tout cela ressemblait à de la chlorose et aucune localisation n'avait fixé notre

attention, lorsqu'une nuit la malade fut prise brusquement de convulsions toniques et cloniques. J'eus l'idée alors de toucher cette malade, elle avait un cancer utéro-vaginal étendu à toute la partie supérieure du vagin et aux ligaments larges. Je reconnus de suite l'erreur : je sondai la vessie, il n'y avait pas d'urine. Les reins étaient un peu augmentés de volume. La malade mourut de cette première crise, et je trouvais à l'autopsie les deux reins hydronéphrosés et les deux uretères comprimés par le néoplasme de la traversée vaginale.

Or, cette femme ne s'était jamais plainte de douleurs pelviennes, ni de pertes sanguines.

OBSERVATION XXIX

(Chavannaz, *Annales de gynécologie*, 1899, p. 368.)

Anurie par cancer de l'utérus. — Néphrostomie.

La nommé Marie R..., âgée de quarante-trois ans, entre à l'hôpital Saint-André le 8 septembre 1898. Cette femme a été conduite à l'hôpital par son mari qui, pour tout renseignement a fait connaître qu'elle n'avait pas uriné depuis trois jours.

Nous voyons la malade le soir même. Elle est dans un état comateux interrompu de temps en temps par des périodes d'agitation et on ne peut obtenir d'elle aucun renseignement. Elle est pâle, les pupilles sont dilatées, la température axillaire est de 38 degrés. La palpation de l'abdomen montre que le rein droit est augmenté de volume, il descend presque jusqu'à l'ombilic. Le rein gauche ne peut être senti. Par le

toucher vaginal nous constatons l'existence d'un épithélioma de l'utérus. Il s'agit d'un épithélioma infiltré qui a dépassé l'utérus : celui-ci est absolument immobilisé. Le vagin n'est pas envahi. Une sonde introduite dans la vessie ramène 2 à 3 centimètres cubes d'urine très trouble.

En présence de ces symptômes, le diagnostic ne saurait être douteux et une intervention semble s'imposer, mais par suite de circonstances indépendantes de notre volonté, nous ne pouvons la pratiquer et nous nous contentons de faire à notre malade une saignée de 500 grammes suivie immédiatement et par la plaie même de la saignée d'une injection intraveineuse de 500 grammes de sérum artificiel. Ce même traitement est appliqué le lendemain 9 septembre. Le 10 septembre, la sonde ramène de l'urine en abondance ; la malade reprend connaissance et elle peut nous fournir les renseignements touchant son histoire.

Marie R... a de bons antécédents héréditaires ; elle a eu cinq grossesses à terme ; quatre de ses enfants sont vivants, le cinquième est mort à quatorze ans d'une fièvre typhoïde. Elle n'avait jamais été malade lorsqu'en avril 1897, ses règles, jusqu'alors régulières, furent remplacées par des pertes sanguines continues ; celles-ci ont beaucoup diminué dans les trois derniers mois qui ont précédé l'entrée à l'hôpital ; mais par contre il y a eu une leucorrhée abondante. Elle ne fournit pas de détails sur le fonctionnement de son appareil urinaire.

La malade est une femme vigoureuse, bien qu'elle ait un peu maigri dans ces derniers temps.

L'état relativement bon du 10 septembre ne pouvait durer longtemps et le 18 septembre les urines se suppriment.

20 septembre. — Nous faisons une injection sous cutanée de 500 grammes de sérum. L'anurie reste complète sans que la malade s'en trouve incommodée, elle n'est pas fatiguée et on note seulement une dilatation pupillaire exagérée.

25 septembre. — Le tableau change, la malade a de la céphalée et souffre du côté du rein droit.

26 septembre. — Au matin, vomissement. La langue est bonne mais il y a de la bouffissure de la face; le pouls est à 120; les pupilles sont contractées; la malade a cependant toute sa connaissance. Le rein droit descend jusqu'au niveau de l'ombilic; le rein gauche n'est pas perceptible.

Nous décidons alors d'intervenir immédiatement.

Après précautions antiseptiques et sous chloroforme, la malade étant placée dans le décubitus latéral gauche, nous mettons le rein droit à découvert grâce à une incision lombaire. Cette incision permet de constater que le tissu cellulaire sous-cutané et l'atmosphère celluleuse du rein sont infiltrés de sérosité. Le rein suffisamment isolé et maintenu par deux fils de soie, le bistouri est plongé suivant son bord convexe jusque dans le bassinet; le rein est ouvert sur une longueur de 4 centimètres. Immédiatement jaillit un liquide sanguinolent en quantité assez abondante. Le doigt introduit par la plaie rénale ne peut atteindre les limites du bassinet. L'hémorragie rénale cède assez vite à l'application d'eau stérilisée chaude et à une légère compression.

Chacune des lèvres de la plaie rénale est réunie par trois fils de soie à la paroi musculaire. Quelques catguts diminuent la grandeur de la plaie. La peau est réunie au crin de Florence en ménageant toutefois le passage d'une mèche de gaze stérilisée qui a été au préalable introduite

jusque dans le bassinet. La plaie est ensuite recouverte d'un épais pansement formé de gaze et de ouate stérilisées.

26 septembre. — Au soir, il s'est fait par la plaie un écoulement de sang et d'urine qui a mouillé complètement le pansement et qui a nécessité le changement des draps. Le pansement est refait et la mèche de gaze introduite dans le bassinet est remplacée par un gros drain. La malade se sent bien; elle souffre cependant un peu au niveau de la plaie. Elle répond bien aux questions qu'on lui pose, elle n'a pas de vomissements. Le pouls est plein, de fréquence normale; la température axillaire est de 36°8.

28 septembre. — La malade est toujours extrêmement mouillée par le liquide qui s'écoule de la plaie; elle dégage une odeur nettement urineuse. L'état est bon; la température est de 36°8 le matin et de 37 degrés le soir.

30 septembre. — La malade a eu dans la nuit et le matin deux mictions spontanées par l'urètre; à son dire l'urine était trouble, mais cette urine n'a pas été conservée pour être soumise à notre examen. La malade est en bon état; toutefois le soir, la température atteint 38 degrés.

1er octobre. — La malade a encore rendu une fois de l'urine par l'urètre. La plaie a bon aspect. L'urine qui s'écoule par la fistule est recueillie pour être soumise à l'analyse. Celle-ci donne les résultats suivants : odeur normale, aspect transparent, sédiment très faible, densité 1,007, réaction légèrement acide, couleur jaune pâle; urée 8 gr. 60; chlorure de sodium 7 gr. 30; acide phosphorique 0 gr. 92; albumine. 2 gr. 60 par litre. L'examen microscopique décèle quelques hématies et quelques leucocytes.

6 octobre. — Ablation des crins de Florence. Le drain du bassinet est remplacé par un autre.

7 octobre. — La malade se trouve très bien ; la température, qui n'avait jamais dépassé 38 degrés, est revenue à la normale depuis quatre jours.

8 octobre. — La malade est autorisée à se lever.

14 octobre. — Une sonde de Pezzer n° 24 est introduite dans le bassinet. Dans la position couchée, toute l'urine s'écoule par la sonde et peut être recueillie dans un urinal ; la malade n'est aucunement mouillée.

17 octobre. — La sonde qui avait bien fonctionné jusqu'alors est expulsée de la plaie ; on la remet en place.

18 octobre. — La sonde s'est encore déplacée ; elle est mise en place et fixée à la peau à l'aide d'un point au crin de Florence.

L'urine recueillie et soumise à l'analyse donne les résultats suivants : odeur faible, aspect louche, sédiment faible, densité 1,004, réaction légèrement acide, couleur jaune pâle, urée 7 grammes, chlorure de sodium 5 gr. 80, acide phosphorique 0 gr. 46, albumine 1 gr. 80 par litre. L'examen microscopique montre la présence de globules de pus.

22 octobre. — La sonde fonctionne bien. On ne sent en aucune manière le rein gauche ; la pression au niveau de la région rénale gauche n'est pas douloureuse. Le rein droit se trouve abaissé et encore un peu augmenté de volume.

27 octobre. — La sonde est toujours bien tolérée, les urines sont redevenues claires.

31 octobre. — Bon état.

8 novembre. — Munie d'un urinal, la malade rentre chez elle. Pour éviter l'effacement de la lumière de la sonde au cours et par suite des légers déplacements de la ceinture, la sonde de Pezzer traverse une petite canule métallique, qui

pénètre d'environ 1 centimètre dans l'orifice cutané de la fistule lombaire.

Depuis sa sortie de l'hôpital, et grâce à l'extrême obligeance de son médecin, M. le Dr Boyer (de Castelsagrat) nous avons eu à plusieurs reprises des nouvelles de Marie R...

8 mars 1899. — M. le Dr Boyer nous écrit que notre malade est dans un état relativement satisfaisant.

Elle se lève chaque jour, l'appétit est conservé. les urines ne sont pas purulentes ; il n'y a pas de fièvre ; un seul lavage du bassinet a été nécessaire, mais il y a de l'œdème de la face et une albuminurie très marquée. Il n'y a pas de miction par l'urèthre, toute l'urine coule par la fistule. La tumeur de l'utérus continue à évoluer lentement sans hémorragie notable.

OBSERVATION XXX

(Edg. Hirtz et Beaufumé, *Bull. et mém. de la Soc. méd. des Hôpitaux de Paris*, 1911.)

Anurie exceptionnellement prolongée et à répétition, non définitive, dans un cas de cancer de l'utérus.

M..., âgée de cinquante-neuf ans.

Aucune maladie antérieure, ni aucune tare organique.

Atteinte de cancer du corps de l'utérus, dont les premiers symptômes se manifestèrent vers le mois de mai 1910 ; hémorragies et leucorrhée. En juillet, consulta différents médecins, qui tous diagnostiquèrent un cancer du corps utérin. L'opération proposée fut refusée.

Dans les mois qui suivirent, les hémorragies devinrent à peu près permanentes ; puis l'anémie fut évidente, les forces déclinèrent et l'amaigrissement se manifesta.

Octobre 1910. — Elle vint consulter à l'hôpital Necker. MM. Hirtz et Routier diagnostiquèrent un cancer du corps utérin inopérable. Col utérin normal, un peu ouvert cependant. Corps volumineux, douloureux, immobilisé, irrégulier. Douleurs assez violentes dans la région lombaire et dans la région antérieure de la cuisse droite. Pansements utérins au carbure de calcium tous les huit jours. Hémorragies minimes dans la suite.

Jusqu'en décembre 1910, aucun changement bien appréciable, si ce n'est que l'amaigrissement, l'anémie, la constipation et les douleurs s'accentuèrent ; injections de morphine.

En janvier 1911, la malade ne quitte guère son lit en raison de sa faiblesse croissante. Elle se plaint souvent de pesanteur au niveau de l'anus et deux hémorroïdes externes du volume d'une noisette la font souffrir notablement. Puis, de temps en temps, tous les deux ou trois jours, un léger vomissement alimentaire ; les nausées deviennent fréquentes, l'anorexie est très accentuée et la langue desséchée, l'état mental est normal. Les urines examinées à plusieurs reprises n'ont jamais présenté ni albumine ni sucre.

22 janvier. — La malade urine comme d'habitude, facilement et aussi abondamment, c'est-à-dire environ un litre par jour. La dernière miction a lieu à 8 heures du soir.

23 janvier. — Aucune miction volontaire ; ni incontinence, ni rétention d'urine ; cathétérisme vésical négatif.

A partir de ce jour, l'anurie s'établit d'une façon absolue ;

la malade fut sondée tous les jours sans exception et jusqu'au 7 février on ne retira pas une goutte d'urine de la vessie. Bien entendu, il n'y eut aucune incontinence pendant ce temps.

Durant la période du 23 janvier au 7 février, la malade présenta en outre les phénomènes suivants :

Les premiers jours, quelques vomissements alimentaires et des nausées presque continues, mais la malade ne s'inquiéta nullement de son anurie. Température normale. En même temps les douleurs abdominales disparurent à peu près totalement, ce qui permit de cesser la morphine. La langue resta humide.

29 janvier. — Apparurent des tressaillements et des soubresauts des muscles, qui persistèrent pendant quatre jours. et une céphalée frontale ; l'haleine devint un peu fétide.

30 janvier. — Myosis bilatéral très accentué. Insomnie pénible que l'on combat avec de légères doses de véronal. Pouls bien frappé et très régulier.

2 février. — Disparition du myosis et de la céphalée ; cessation des vomissements ; diminution des soubresauts musculaires. En somme, apparemment, il y a une amélioration évidente dans l'état de la malade, qui cependant n'urine toujours pas. Tous les deux jours, lavement évacuateur. Pendant toute cette période d'anurie, lactose et par intermittences théobromine. Durant l'anurie il n'exista aucune fistule urinaire, ni utérine, ni vaginale, ni intestinale, ni rectale.

3, 4, 5 et 6 février. — Aucun phénomène autre que l'anurie, si ce n'est cependant une tendance accentuée à la

somnolence. La malade se sent beaucoup mieux. Respiration et pouls normaux. Toutefois, de temps en temps, la mémoire est en défaut.

Léger météorisme abdominal. Aucune hydronéphrose.

Dans la nuit du 6 au 7 février, incontinence d'urine légère : on s'aperçoit le matin que le lit est mouillé et on perçoit aisément une odeur urineuse.

7 février. — Alors que la matinée avait été bonne, subitement, vers 11 h. 1/2, sans cause apparente, crise d'éclampsie des mieux caractérisées, ayant duré environ une minute, et à laquelle nous avons assisté. Dans la soirée, quatre crises semblables, et dans la nuit, deux autres, toutes précédées d'un vomissement brunâtre et toutes suivies d'une période comateuse d'une demi-heure à une heure. La malade a, ce jour, de l'incontinence d'urine, mais en petite quantité.

8 février. — Coma avec convulsions par intermittences ; vers midi, convulsions presque continues avec délire violent et agitation intense. Température normale et pouls très régulier. A 2 heures de l'après-midi, saignée de 100 grammes environ et douze ventouses scarifiées qui ne donnent pas deux cuillerées à soupe de sang. Le soir, la malade urine abondamment dans son lit. Mais malgré cela, les convulsions et le délire sont si violents dans la nuit que l'on est obligé de faire 2 centigr. 1/2 de morphine en injections sous-cutanées.

9 février. — Les convulsions ont cessé ; la malade retrouve sa conscience et reconnaît quelques-unes des personnes qui la soignent. L'incontinence d'urine persiste.

10 février. — Amélioration très évidente. Disparition du myosis qui était réapparu avec les crises convulsives. La

malade peut prendre quelques cuillerées de liquide ; l'état mental est à peu près redevenu normal, sauf cependant la mémoire qui reste encore en défaut. La malade peut uriner dans un bassin.

11 et 12 février. — L'amélioration s'accentue. L'alimentation est reprise progressivement. Les urines, un peu foncées, atteignent environ 600 grammes par jour. La soif est très vive. Quelques douleurs abdominales. La mémoire redevient intacte, mais la malade n'a conservé aucune notion de son état urémique.

13 février. — La malade peut rester une heure dans un fauteuil. Les douleurs du bas-ventre et de la cuisse droite nécessitent de nouveau des piqûres de morphine.

14 février. — 800 grammes d'urine claire.

15 février. — Un vomissement le matin. A partir de 11 heures du matin, la malade n'a plus eu de miction franche ; a expulsé, dans les journées du 15 et du 16, environ deux cuillerées d'urine chaque jour.

16 février. — Deux selles diarrhéiques. Disparition des douleurs abdominales. Tendance à la somnolence. Cessation de la morphine.

17 février. — État nauséeux assez accentué. Un vomissement léger dans la matinée. Tendance persistante à la somnolence, mais état intellectuel normal : a demandé un journal et a lu quelques minutes, ce qui ne lui était pas arrivé depuis un mois. Pas de myosis, pouls régulier, bien frappé. Langue un peu sèche.

Pas de douleurs. Anurie complète.

18 février. — Anurie persistante. La malade se sent très

bien, quoique un peu somnolente. Pupilles légèrement rétrécies. Quelques tressaillements musculaires.

19, 20, 21, 22, 23 février. — État stationnaire. Anurie absolue. Cathétérisme négatif tous les jours. Somnolence moindre à partir du 22. Vomissements journaliers alimentaires et bilieux, un à quatre par jour. Pas de souffrances, sauf le 21. Lactose. Lavement évacuateur, tous les deux jours.

Une ulcération sublinguale. Langue humide. État nauséeux prononcé. Pas de céphalalgie. Température normale. Pouls normal.

24, 25 février. — Même état. Anurie persistante jusque dans la nuit du 25 au 26. La malade perd alors des urines dans son lit à plusieurs reprises.

26 février. — Au matin, elle peut uriner dans un bassin : urines claires, non albumineuses. Dans la journée, elle perd de nouveau ses urines dans son lit. Toujours persistance de la somnolence. Agitation très grande et langage vif, impérieux, inaccoutumé. Subdélire. Idées de mort avec pleurs. Tressaillements musculaires au niveau des membres et soubresauts fréquents et pénibles. Pas de myosis.

27 février. — La malade urine dans son lit ; somnolence et agitation plus considérables ; délire peu accentué ; mais la malade cependant reconnaît toutes les personnes qui l'entourent et répond assez facilement aux questions quand on l'interpelle fortement. Tremblements des membres presque constants, soubresauts plus fréquents que la veille. Langue un peu sèche : la malade boit difficilement. Panaris superficiel au niveau de l'annulaire gauche. Pas de myosis,

pas de céphalalgie ; pas de douleurs abdominales. Rien à l'examen du cœur ni des poumons.

28 février. — État stationnaire. Urine assez abondamment.

2 mars. — Le délire a diminué ; mais, par contre, soubresauts continus, généralisés, au niveau de la plupart des muscles des membres, surtout des membres supérieurs, du tronc et de la face. A la face, ces tressaillements musculaires provoquent des sortes de grimaces par suite de la contraction isolée des muscles : frontal, releveur de la paupière supérieure, releveurs des lèvres, orbiculaire des lèvres, etc. Sommeil profond dans la soirée.

3 mars. — Amélioration évidente des soubresauts musculaires. Loquacité, mais pas de délire vrai ; mémoire diminuée. Stomatite érythémato-pultacée.

4 mars. — Urines abondantes ; la malade peut s'alimenter notablement. Légère congestion pulmonaire de la base droite.

A noter un grand amaigrissement depuis quelques jours.

5 mars. — Un vomissement Début de parotidite gauche.

6 mars. — Stomatite très prononcée avec dépôt grisâtre épais très abondant sur la langue, les joues, les gencives et la voûte palatine. Parotidite gauche avec tuméfaction intense au niveau de la parotide et de la joue gauches ; peau pâle, tendue ; douleur relativement peu accentuée à la pression ; trismus ; dysphagie ; gêne dans les mouvements du cou. Douleurs survenant par crises au niveau du creux épigastrique. Légère diarrhée.

7 mars. — La diarrhée persiste, ainsi que la stomatite, Parotidite stationnaire ; douleur plus localisée en arrière de la branche montante du maxillaire inférieur. Urines assez abondantes. Intelligence à peu près normale.

9 mars. — La parotide a très notablement diminué ; plus de trismus. La langue est rouge, vernissée ; quelques petits dépôts pultacés seulement dans la bouche. Pas de diarrhée.

11 mars. — État général en apparence moins mauvais, quoique amaigrissement profond. La parotidite a disparu complètement. Pas de diarrhée. Un vomissement dans la matinée. La malade s'alimente facilement. Léger degré de myosis.

14 mars. — La malade s'affaiblit progressivement ; l'urine est assez abondante et non albumineuse ; peu de douleurs abdominales. Langue desquamée ; un peu de muguet.

18 mars. — La malade meurt ce jour, sans souffrances apparentes, sans phénomènes d'urémie appréciables, en hypothermie.

L'autopsie ne put être pratiquée.

OBSERVATION XXXI

(Tournié, *Union médicale*, 1860.)

Néphrite avec suppression prolongée de la sécrétion urinaire et oblitération des uretères, consécutive à une affection cancéreuse de l'utérus.

Le 23 juin 1849, je fus prié d'aller aux Ternes, rue de Villiers, pour voir une femme qui avait été au service d'une de mes clientes.

Cette femme était malade depuis plusieurs jours ; elle avait eu de la diarrhée et des vomissements bilieux ; la diarrhée avait cessé, mais les vomissements continuaient. Pour tout

traitement, elle avait bu de l'eau de riz, et appliqué sur la région de l'estomac des cataplasmes de farine de graines de lin.

Au moment de ma visite, la région épigastrique était douloureuse, le ventre souple et indolent ; la langue était rouge à la pointe et un peu sur les bords ; il y avait de la soif, peu de fièvre, sans chaleur à la peau.

Je prescrivis quinze sangsues à l'épigastre, des cataplasmes émollients, de la limonade au citron et un bain d'eau de son.

Trois jours après les vomissements avaient cessé, il y avait encore de la sensibilité à l'épigastre, la langue était moins rouge ; le pouls était à 76 ; il y avait eu une garde-robe la veille.

Je revis la malade le 5 juillet ; la malade avait pu pendant quelques jours se lever et prendre quelques potages, mais depuis deux jours, les vomissements bilieux avaient reparu et cette femme se plaignait de douleurs vives dans les régions lombaire et inguinale ; depuis trois jours elle n'avait pas uriné. Cependant l'hypogastre n'est ni tendu ni sensible à la pression : la vessie ne fait point saillie au-dessus du pubis. Le cathétérisme est pratiqué et il ne s'écoule pas une seule goutte d'urine.

Questionnée sur ses antécédents, voici ce que cette femme m'apprit : elle est âgée de cinquante-deux ans ; mariée à l'âge de vingt ans, elle a eu sept enfants ; tous ses accouchements ont été heureux. Jusqu'à ce jour elle n'a jamais eu de maladie ; elle a toujours été bien réglée jusqu'à l'âge de quarante-six ans. Il y a six ans, elle a cessé de voir ses règles et peu de temps après, est survenue une leucorrhée abon-

dante sans que sa santé en ait paru altérée ; elle n'a rien fait pour l'arrêter.

Il y a quelques mois, elle a perdu un peu de sang par le vagin, mais elle ne se plaignit alors ni de douleurs de reins, ni d'aucune autre souffrance, ni de pesanteur dans la région lombaire.

En pratiquant le toucher vaginal, je trouve le col de l'utérus et une partie du corps de cet organe, le quart environ, atteint d'un engorgement squirrheux. Il s'élève de la lèvre antérieure une excroissance fibreuse en forme de champignon, de la largeur d'une pièce de 2 francs. L'examen au spéculum confirme celui qui a été opéré par le toucher et ces deux explorations sont la cause d'une légère hémorragie.

Jamais la malade n'a rendu de graviers ; jamais elle n'a eu de rétention d'urine.

Diagnostic. — Suppression de l'urine dans la vessie due à une oblitération des uretères par l'extension de l'affection squirrheuse de l'utérus. Quinze sangsues à l'anus ; frictions d'onguent mercuriel sur les régions inguinales et de liniment laudanisé sur la région lombaire.

6 juillet. — Les sangsues ont fourni beaucoup de sang, la malade est faible, les vomissements continuent. Pas de miction, douleurs vives dans les reins ; fièvre légère.

7 juillet. — Pas d'urine, mêmes douleurs, vomissements persistants, la malade ne répond que lentement aux questions que je lui adresse, elle a l'air hébété.

8 juillet. — Pas encore de miction, la malade est très faible, les mêmes phénomènes persistent. Quelques cuillerées de bouillon froid n'ont pas été supportées.

Dans la soirée la malade urine et dans le courant de la nuit elle a uriné dix fois, mais chaque fois en très petite quantité ; à peine si en tout, elle a rendu 200 grammes d'une urine claire, limpide, blanche, sans coloration ni trouble d'aucune espèce. Les vomissements ont cessé immédiatement comme par enchantement, les régions lombaires et inguinales sont peu douloureuses ; pas de fièvre. La malade se sent complètement soulagée. Les matières vomies n'ont pas la moindre odeur d'urine.

Jusqu'au 13 juillet, la miction a continué facile et peu abondante, avec les mêmes caractères de limpidité, sans odeur ni dépôt d'aucune espèce. La malade se lève et se promène dans sa chambre ; elle a retrouvé sa gaieté, prend avec plaisir un peu de bouillon qu'elle digère parfaitement. Cet état satisfaisant dure pendant dix jours ; mais le 13, les urines manquent encore une fois, les vomissements bilieux reparaissent.

Depuis ce jour jusqu'au 4 août, c'est-à dire pendant vingt et un jours, malgré de prétendus besoins d'uriner, pas une goutte d'urine ne s'écoule. Pendant tout ce temps, les vomissements bilieux, verdâtres, porracés, redoublent de fréquence et de violence. Les douleurs de reins sont parfois si violentes, que la malade pousse des gémissements continuels et s'arrache les cheveux ; son air hébété s'est transformé en stupeur. Le cathétérisme a été pratiqué plusieurs fois sans résultat.

Traitement. — Tous les jours, bains de siège émollients, deux fumigations avec la vapeur d'une décoction de feuilles de jusquiame, de racine de guimauve et de teinture de scille.

Trois pilules contenant chacune 10 centigrammes de scille, 2 centigrammes d'extrait de belladone et d'opium.

Les douleurs ne s'apaisent que médiocrement, la malade s'affaiblit de plus en plus, les yeux s'excavent, la voix est altérée, le teint est devenu d'un jaune paille, terreux, et la patiente va succomber, lorsque le vingt et unième jour, à 10 heures du soir, elle rend avec beaucoup de douleurs un demi-verre d'urine claire et limpide.

Aussitôt après cette miction, quoique l'urine soit peu abondante, les vomissements s'arrêtent, le pouls qui était fréquent, petit et faible, devient moins fréquent et plus fort.

Depuis le 4 août jusqu'au 16, la malade a uriné un peu tous les jours : elle n'avait pas eu de fièvre, mais éprouvait toujours des douleurs dans la région lombaire. Pendant ces douze jours, elle a pris du bouillon, puis du potage, un peu de café, et n'a pas eu de nouveaux vomissements.

16 août. — La miction est de nouveau supprimée et tous les accidents ordinaires reparaissent : douleurs vives, vomissements, affaiblissement extrême, stupeur profonde.

Mort le 17 août.

OBSERVATION XXXII

(Roberts, *in Merklen*, thèse de Paris, 1881, obs. XXXVIII.)

Anurie de sept jours, suivie du retour de la sécrétion urinaire dans un cancer de l'utérus.

Il s'agit d'une vieille dame d'environ soixante ans, que je visitai avec le Dr Gardhner d'Asiton. Elle était atteinte

d'un cancer de l'utérus et du vagin ayant envahi la base de la vessie et probablement l'extrémité terminale des uretères. Quand je la vis, elle n'avait pas rendu d'urine depuis quatre jours et la suppression continua encore trois jours, ce qui fait en tout sept jours de suppression. Au bout de ce temps, l'urine reparut et fut rendue normalement durant les quatre semaines que la malade vécut encore. A l'époque de la suppression il y avait de l'insomnie; la physionomie de la malade exprimait l'excitation et l'anxiété. Aucun tressaillement des muscles, ni convulsions, ni coma.

Pas d'autopsie.

OBSERVATION XXXIII

(*In* Merklen, thèse de Paris, 1881, obs. XXXIV.)

Attaque d'anurie et d'urémie survenue dans le cours d'un cancer de l'utérus. — Rémission des accidents.

D... Angélique, âgée de trente-huit ans, entre le 25 février 1880, dans le service de M. le Dr Duguet, à l'hôpital Saint-Antoine, salle Sainte-Geneviève.

Pas d'antécédents. Règles régulières depuis l'âge de quinze ans, deux fausses couches et cinq enfants dont l'aîné a treize ans.

Il y a un an, cette femme a eu pour la première fois des pertes sanguines avec caillots qui ont duré trois jours. Ces pertes étaient assez abondantes pour obliger la malade à s'aliter. Ces métrorragies se sont renouvelées plusieurs fois depuis cette époque, à des périodes indéterminées. Dans l'intervalle des

pertes sanguines, écoulement blanchâtre et fétide, puis roussâtre. Cachexie et amaigrissement depuis quelques mois.

Avant son entrée à l'hôpital, cette femme avait de l'œdème des membres inférieurs. qui disparaît par le repos au lit. Avec cela, diminution des urines depuis quelque temps et diarrhée incoercible.

25 février. — Au matin, l'œdème des jambes avait augmenté. La malade perdit complètement connaissance dans l'après-midi et on la transporta à l'hôpital, ayant alternativement des convulsions et du coma. L'interne de garde appelé immédiatement sonda la malade et n'obtint que quelques gouttes d'urine ; les attaques éclamptiques se rapprochant de plus en plus, il pratiqua une saignée de 400 grammes. Après cette saignée on n'observa plus que trois attaques convulsives, mais la malade resta longtemps encore dans le coma et ne revint à elle que le 27. Pendant ces trois jours il y eut anurie.

En examinant la malade, M. Duguet trouva un cancer ulcéré du col de l'utérus, immobilisé par des adhérences. Les jours suivants, la malade urine de 120 à 200 grammes d'urine : elle ne digère pas ; elle a continuellement des vomissements et de la diarrhée. Elle se plaint également de douleurs dans les reins et dans les membres inférieurs.

4 mars. — Vomissements. Râles sous-crépitants aux deux bases. Expectoration abondante, un peu de dypsnée, près d'un litre d'urine.

6 mars. — Œdème de la face. Vomissements répétés. Expectoration abondante. Diarrhée incoercible.

8 mars. — L'expectoration a un peu diminué ; la malade n'urine pas un litre.

11 mars. — Diarrhée très abondante et séreuse. Urine albumineuse. La malade sort vers le 15, se trouvant toujours dans le même état.

OBSERVATION XXXIV

(*In* A. Laboisne, thèse de Bordeaux, 1898-1899.)

Anurie au cours d'un néoplasme utérin.

Il s'agit d'une femme âgée de soixante douze ans, entrée le 1er mars dans le service de M. le professeur agrégé Rondot. Atteinte d'un cancer du col de l'utérus, elle avait depuis cinq jours de l'anurie ; le cathétérisme démontrait, en effet, la vacuité complète de la vessie. La malade avait des vomissements, du délire diurne et surtout nocturne. Dans l'espoir qu'on pourrait tenter quelque intervention assurant l'évacuation de l'urine au dehors, on fait passer le malade dans le service de M. le professeur agrégé Pousson, où elle entre le 4 mars.

Dans la nuit qui précéda son passage dans ce service, elle eut une débâcle urineuse assez abondante. L'état dans lequel se trouvait la malade ne nous permit pas d'établir son histoire. Le cancer du col utérin était des plus manifestes.

L'examen de la région lombaire et des flancs, à cause de la résistance musculaire, était très difficile.

On ne peut se rendre compte de l'existence d'une tumeur liquide résultant de la rétention d'urine dans le bassinet. Il y

avait quelques vomissements, du délire, de la congestion pulmonaire.

Le lundi on décide une intervention pour le lendemain, mais la malade ayant uriné la nuit, on ajourna l'opération. Bien que l'état dans la nuit ne parut pas aggravé, la mort survint du mercredi au jeudi, après une nouvelle période d'anurie de trente-six heures.

A la nécropsie on trouva le cancer du col utérin ayant laissé le col intact. La vessie est infiltrée dans sa paroi inférieure. Si l'on examine le point d'abouchement des uretères de la vessie, on constate avec un stylet que l'orifice de l'uretère droit est complètement oblitéré et présente un véritable étranglement. Si l'on suit le conduit de son trajet ascendant, on voit qu'il est volumineux, mais qu'il s'abouche dans le bassinet en un point normal. Le bassinet est également dilaté. Le rein est dur, réduit à une coque fibreuse.

OBSERVATION XXXV

(Legueu, *Annales de gyn. et d'obstét.*, 1906. p. 47)

Néphrostomie dans un cas de cancer de l'utérus.

L'année dernière, au mois d'octobre, une malade de trente-cinq ans se présentait à l'hôpital Necker, se plaignant de quelques douleurs dans le côté droit. Son rein droit mobile était douloureux et un peu gros. Elle était pâle, décolorée, racontait que, depuis quelques mois, elle perdait ses forces avec l'appétit. Je la touchai et trouvai une infiltration dure, épaisse, étendue à tout le petit bassin. Le col

était lui-même effacé et faisait partie d'une ulcération assez dure et peu végétante qui occupait le centre de cette infiltration cancéreuse.

Il y avait donc cancer de l'utérus, mais cancer surtout propagé à toute la cavité pelvienne, à tel point que si ce n'était le point de départ utérin de cette néoplasie, on aurait pu dire qu'il s'agissait d'un cancer pelvien. Ces infiltrations du tissu cellulaire et des ganglions sont des plus compromettantes pour les uretères : l'augmentation du volume du rein droit s'expliquait donc très simplement. Il y avait compression de l'uretère droit et un certain degré commençant d'hydronéphrose.

Le rein gauche n'était pas perçu au palper; les urines étaient encore abondantes, 800 grammes dans les vingt-quatre heures, un peu décolorées; elles contenaient 10 gr. d'urée par litre. Il y avait donc déjà déficience des reins, et cette malade devait peu à peu s'acheminer vers l'anurie.

En effet, je pensais que les phénomènes allaient se dérouler dans l'ordre que voici : le rein droit allait se distendre de plus en plus et finalement se perdre; le rein gauche qui me paraissait jusqu'alors intact ne pouvait lui-même échapper à une compression de même genre, étant donnée la nature de ce cancer propagé. Dans ces conditions, cette malade allait arriver prochainement à l'anurie, rendue fatale par la nature d'un cancer qui n'était pas assez malin pour la faire mourir assez tôt et je la fis entrer à l'hôpital, pour la suivre, l'examiner plus à fond et me comporter suivant les circonstances.

Je la suivis quelques jours et alors, je me fis le raisonnement suivant : le rein droit est en train de se perdre par

compression et distension ; si je l'ouvrais tout de suite, ce rein, je parviendrais peut-être à le mettre à l'abri de la pression urétérale : je pourrais sauvegarder sa fonction et quand un jour l'autre rein sera envahi ou du moins détruit et annihilé par la forme fatale de ce cancer, j'aurai assuré la fonction urinaire avec le rein droit conservé ; l'anurie ne viendra pas, et cette malade mourra de son cancer et non pas de ses reins. Je voulais en un mot réaliser le traitement préventif de l'anurie en remédiant à la lésion, qui dans les conditions actuelles, y devait fatalement conduire.

15 octobre 1904. — Je mets mon projet à exécution, j'endors cette malade et sous le chloroforme, je fais une ponction au rein droit, une ponction juste suffisante pour y introduire une sonde de Pezzer à demeure.

Le rein m'apparaît distendu, mais non énorme : il y avait encore une bonne épaisseur de parenchyme conservé.

La malade supporta très bien cette petite opération.

Les jours suivants et pendant un mois environ, elle continua à uriner à la fois par sa plaie lombaire et par sa vessie. Dans les urines de la vessie, il y avait peut-être des urines du rein droit opéré ; il y avait certainement toutes les urines du rein gauche supposé sain.

Mais au bout d'un mois, mes prévisions se confirmèrent mieux que je ne l'aurais pensé. La malade cessa d'uriner par sa vessie : de temps en temps, à longues échéances, elle urinait encore quelques grammes d'une urine très aqueuse. Mais on peut dire qu'à partir du 15 novembre 1904, la fonction du rein gauche fut complètement annihilée ; la compression était, de ce côté, complexe, et la malade était virtuellement en anurie, elle l'eût été si elle n'avait pas eu le rein

droit ouvert, ce rein par lequel elle urinait exclusivement, et qui continua seul à entretenir la vie jusqu'au moment de la mort.

Cette malade a succombé le 22 septembre 1905 : elle a donc vécu avec le rein ouvert pendant dix mois et sept jours, soit trois cent treize jours. Elle est morte de cachexie cancéreuse, et sans que l'anurie y ait été pour quelque chose.

A l'autopsie, je trouvai les deux uretères oblitérés, non par la prolifération cancéreuse, mais ils étaient si étouffés, si aplatis, si comprimés, que le stylet parvenait à peine à trouver leur calibre et que la pression rénale ne pouvait plus vaincre une pareille résistance. C'est d'ailleurs ainsi que se présentent les lésions de l'uretère dans l'anurie du cancer : les uretères ne sont pas oblitérés, ils sont comprimés, je ne pense pas cependant qu'on puisse ici invoquer le réflexe C'est bien de l'anurie mécanique.

Le rein droit ouvert était peu dilaté, avec un parenchyme encore assez épais.

Le rein gauche, au contraire, était très dilaté, quoique peu volumineux : c'est le type d'une hydronéphrose aseptique de petit volume.

Dans ces conditions que serait-il arrivé si chez cette malade je n'avais pas opéré. Un mois après, au 15 novembre, à l'époque où elle a cessé d'émettre des urines par la vessie, le rein gauche était supprimé, oblitéré et ne pouvait plus compter pour la vie.

Le rein droit au contraire lui pouvait peut être donner pendant quelque temps des urines, mais comme il était déjà en dilatation au moment où je l'ai opéré, c'est donc que son

entrée était déjà oblitérée ; je puis donc penser que l'anurie serait survenue vers le 15 novembre.

En opérant de bonne heure, on opérait contre l'anurie, mais un mois à l'avance ; je me suis donc trouvé dans des conditions bien plus favorables pour prolonger l'existence. Et si j'ai fait vivre cette malade dix mois, c'est peut-être que j'ai préservé pendant un mois le rein droit de la destruction à laquelle il était facilement forcé d'aboutir.

En somme, et c'est ma conclusion, je pense que quelquefois on pourra, d'après la forme d'un cancer pelvien et d'après les premiers signes de la lésion rénale, prévoir la compression uretérale et par une opération précoce prévenir l'anurie et ménager ainsi le rein auquel on demandera plus tard de sauvegarder l'existence.

CONCLUSIONS

I. — L'anurie consécutive au cancer de l'utérus est une complication fréquente de cette affection. Elle est due à la compression des uretères soit par la tumeur primitive soit par les proliférations néoplasiques dans le tissu cellulaire, ou dans les parois vésicales ;

II. — L'anurie consécutive au cancer de l'utérus présente cinq formes cliniques ;

1° L'anurie progressive, forme la plus commune où la quantité d'urine diminue de plus en plus jusqu'à l'apparition de l'anurie absolue. Elle s'accompagne au début de symptômes d'urémie surtout gastro-intestinaux et nerveux. Elle est définitive.

2° L'anurie d'emblée, survenant chez une femme ayant présenté des signes de cancer de l'utérus, mais n'ayant présenté aucun signe d'insuffisance rénale.

3° L'anurie d'emblée, premier signe d'un cancer de l'utérus, la malade n'ayant jamais eu de troubles génitaux, qui pourrait faire penser à un cancer de l'utérus.

4° L'anurie non définitive, qui se rencontre dans les formes survenant d'emblée ; *a*) avec retour passager

des mictions; *b*) avec rémissions prolongées ; quelquefois rémissions multiples, anurie à répétition.

5° L'anurie prolongée, pouvant atteindre une durée considérable, vingt-un jours dans un cas.

Cette forme peut présenter des rémissions (rémissions de douze jours après une anurie de vingt-un jours.)

III. — L'anurie dans le cancer de l'utérus a un pronostic fatal à brève échéance. L'intervention seule peut être utile ;

La néphrostomie est le traitement de choix. Elle doit être précoce. Mais elle ne sera cependant pas à rejeter si l'anurie dure depuis longtemps et si l'état général est bon, le rein pouvant reprendre ses fonctions après une longue période d'anurie.

Le traitement préventif de l'anurie est la néphrostomie, dès l'apparition des premiers signes d'insuffisance rénale ; le rein, n'étant pas encore ou n'étant que légèrement lésé à cette époque, pourra remplir son rôle pendant une plus longue durée.

La survie sera plus longue (elle a été de plus de dix mois dans le cas de Legueu.)

Vu : le Président de la thèse
DELBET

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
LIARD

BIBLIOGRAPHIE

ARAN. — Gazette des hôpitaux, 1860, p. 425-429.

AUMONT. — Thèse de Paris, 1894-1895.

CARON. — Thèse de Paris, 1883-1884.

CHAUMONT. — Thèse de Paris, 1876.

CHAVANNAZ. — Annales de Gynécologie, 1849, t. I, p. 368.

DEBOVE et DREYFOUS. — Mém. Soc. de Méd. des hôpitaux, 1879, p. 95.

ELIOT. — Thèse de Paris, 1909-1910.

HIRTZ et BEAUFUMÉ. — Société méd. des hôpitaux, n° 36, 1911.

JAYLE et LABBÉ. — Annales de Gynécologie et d'Obst., 1895, p. 197.

LABOISNE. — Thèse de Bordeaux, 1898-1899.

LE DENTU. — Cl. chirurg. Paris, 1904, p. 573.

LE DENTU et DELBET. — Traité de Chirurgie, t. VIII.

LEGUEU. — Traité chir. d'Urologie, p. 221.

— Leçons de clin. chirurg. Hôtel-Dieu, 1901, p. 323.

— Annales de Gynéc., janv. 1906, p. 47.

MERKLEN. — Thèse de Paris, 1881.

NANU. — XIII[e] Cong. intern. de méd. Paris, 1900. Néphrostomie dans un cas d'anurie au cours d'un cancer de l'utérus.

PATEL. — Revue de Chir., 1901, t. II, p. 192.

POZZI. — Traité de Gynécologie.

PICQUÉ. — Congrès français de Chir. Lyon, 1894.

TOURNIÉ. — Union médicale, 1860.

UTEAU. — Thèse de Paris, 1902-1903.

WANNEBROUCQ. — Bull. méd. du Nord, 1863.